



**Abschlußbericht
der Projektgruppe P 29 b
„Behandlungsmaßnahmen
bei Transsexualität“**

Stand: 23. April 2001

Projektgruppenleitung: Frau Dr. Bauer MDS
Projektgruppenmitglieder: Herr Dipl.-Med. Pfeifer MDK Berlin-Brandenburg e.V.
Herr Dr. Pfeiler MDK in Hessen
Frau Dr. Artmann MDK Westfalen-Lippe
unter Mitarbeit von: Herrn Prof. Dr. Windeler MDS

Prof. Dr. Louis J. G. Gooren
Abteilung Endokrinologie
Freie Universität Amsterdam, der uns
seinen Text „Hormonal Sex Reassignment“
zur Übersetzung zur Verfügung stellte,

externe Sachverständige: Frau Dr. C. Spehr
Chirurgie/Urologie
Chir. Privatklinik Bogenhausen,
die uns die Zeichnungen zum operativen Vorghen aus ihrem
Lehrbuch überließ.

Außerdem beteiligten sich am Review:

Prof. Dr. E. Biemer, Klinikum rechts der Isar, München
Dr. Dr. J. Bruck, Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin
Prof. Dr. W. Eicher, Diakonie Krankenhaus, Mannheim
Frau Dr.G. Knörl-Bertram, München
Prof. Dr. M. Sohn, St. Markus Krankenhaus, Frankfurt
Frau Dr. C. Spehr, Chir. Privatklinik Bogenhausen, München

Allen sei an dieser Stelle für ihre freundliche Unterstützung herzlich gedankt.

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	5
1.1 Kulturhistorische Annäherung	5
1.2 Ätiologie	8
1.3 Epidemiologie	12
1.4 Rechtslage	14
1.5 Literatur	18
2. TRANSSEXUALITÄT AUS PSYCHIATRISCHER SICHT	20
2.1 Nosologische Zuordnung	21
2.2 Diagnostik/Differentialdiagnostik	24
2.3 Erklärungsversuche der Pathogenese	27
2.4 Standards zur Behandlung und Begutachtung Transsexueller	28
2.5 Literatur	34
3. KÖRPERLICHE BEHANDLUNG	36
3.1 Geschlechtsangleichende Hormontherapie	36
3.1.1 Mann-zu-Frau-Transsexuelle	38
3.1.2 Frau-zu-Mann-Transsexuelle	39
3.1.3 Nebenwirkungen	40
3.1.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	42
3.1.5 Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen	43
3.1.6 Literatur	44
3.2 Operative Therapie	45
3.2.1 Einsatzgebiete und Möglichkeiten operativer Korrekturen	45
3.2.2 Kontraindikationen operativer Verfahren	46
3.2.3 Operative Verfahren	47
3.2.4 Nichtinvasive Behandlungsverfahren	60
3.2.5 Allgemeine Bewertung der chirurgischen Verfahren	62
3.2.6 Behandlungsmöglichkeiten	62
3.2.7 Literatur	65
4. LITERATURRECHERCHE, NACHUNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	67
4.1 Vorbemerkungen zur Methodik der Literatúrauswahl und Gliederung der Ergebnisdarstellung	67
4.2 Die Ergebnisse im Überblick	68
4.3 Zu den Studien im einzelnen (Chronologische Reihenfolge)	72
4.4 Fazit	81

4.5	Spezielle Forschungsansätze	82
4.5.1	Gibt es spezifische Indikatoren für unglückliche Verlaufsformen?	82
4.5.2	Behandlungsbeginn für Jugendliche	83
4.6	Literatur	85
5.	BEGUTACHTUNGSEMPFLEHLUNGEN ZUR OPERATIONSINDIKATION BEI TRANSSEXUALITÄT IM MDK	88
5.1	Einleitung	88
5.2	Psychotherapie	89
5.3	Diagnostik	91
5.4	Indikation	93
5.5	Schlußfolgerung	94
5.6	Literatur	96
6.	ANHANG	97
6.1	Transsexuellengesetz vom 10. September 1980	97
6.2	Abbildungsverzeichnis	105
6.3	Tabellenverzeichnis	106

1. Einleitung

1.1 Kulturhistorische Annäherung



Die Ausdifferenzierung der Arten in zwei Geschlechtern ist ein uraltes Formprinzip der Natur, dem auch der Mensch unterworfen ist. Gleichzeitig lassen sich Beispiele für Intersex-Syndrome in Form des Hermaphroditismus finden sowie an kulturhistorischen Beispielen belegen, daß Geschlechts- und Identitätsstörungen im individuellen Entwicklungsprozess immer wieder vorkommen. Abbildung 1 zeigt die Statue eines Hermaphroditen aus Pergamon und belegt eindrücklich, daß Intersex-Syndrome in der Antike bereits richtig diagnostiziert und als dokumentationswürdige Auffälligkeit dargestellt wurden.

Abbildung 1: Hermaphrodit Pergamon, 2. Jh. v. Chr., Antikmuseum Istanbul

Ein zweites Beispiel aus der jüngsten Vergangenheit verweist auf die Risiken iatrogen induzierter Anomalien durch Techniken der assistierten Reproduktion: Am 15. Januar 1998 wurde im Rahmen einer Fallstudie die Ontogenese eines durch in-vitro-Fertilisation gezeugten Kindes referiert, welches nachträglich als zweieiiger Einling beschrieben werden muß. Die karyotypische Untersuchung zeigt eindeutig zwei Zelllinien, eine 46,xx die andere 46,xy, die aus der Verschmelzung zweier Oozyten nach deren Befruchtung mit anonymem Spendersperma zu erklären sind. Wegen Verdachts auf Maleszensus wurde eine linksseitige Inguinalhernie revidiert, wobei sich der vermeintliche Hoden als Ovar mit anhängender Tube erwies. Bislang zeigt das Kind angeblich eine normale neurologische Entwicklung und besucht die Grundschule (Strain et al., 1998).

Unabhängig von diesen seltenen genetisch fixierten Anomalien erweist sich die Überwindung des eigenen Geschlechts in transsexuellen Phantasien als uralte Vision des Menschen, die sich an vielen kulturhistorischen Beispielen belegen lässt.

Interessant und in diesem Zusammenhang erwähnenswert ist die Tatsache, daß Geschlechtsrollenwechsel sowohl bei nordamerikanischen Indianerstämmen wie auch bei Ureinwohnern einiger Südseeinseln, oft erstmals von Missionaren beschrieben wurden (Pfeiffer

1994, Sommer 1990). Für diese Personen mit abweichender Geschlechtsidentität bildete sich der Begriff „Berdache“ aus. Männliche Berdachen hielten sich in der Gesellschaft von Frauen auf, tanzten deren Tänze, übten deren Rituale aus und beachteten deren Tabus, entsprechend verhielten sich weibliche Berdachen. Sie übten häufig privilegierte Funktionen aus, wurden Schamanen und Häuptlinge.

Es bedarf also keineswegs des Einflusses einer europäischen Zivilisation, um transsexuelle Phänomene in einer Gesellschaft hervorzubringen. Dennoch lassen sich aus der Kulturgeschichte Europas konkrete Beispiele leichter benennen.



Als eine mögliche Kandidatin für einen Frau-zum-Mann Transsexualismus sei hier Jeanne d'Arc erwähnt, die nicht umsonst in einer Biografiensammlung des 16. Jahrhunderts in männlicher Rüstung dargestellt wird (Abbildung 2) und im Rahmen der Lebensgeschichten berühmter Männer Erwähnung findet.

Abbildung 2: Bildnis der Jeanne d'Arc aus André Thevet: Les vrais portraits des hommes illustres, 1584

Beispiele für Mann-zu-Frau-Verwandlungen lassen sich ebenfalls anführen. Möglicherweise ist es kein Zufall, daß historische Quellen gerade hochrangige Persönlichkeiten benennen, die sich ein tolerantes Umfeld für ihre Extravaganzen schaffen konnten. Magnus Hirschfeld führt im Kapitel „Transvestitismus“ seiner Veröffentlichung über Geschlechtsanomalien und Perversionen eine Reihe historischer Persönlichkeiten auf. Am eindrucksvollsten ist die außergewöhnliche Biographie des Chevalier D'Eon de Beaumont (1727 - 1810). Von den 83 Jahren seines Lebens verbrachte D'Eon 49 als Mann und 34 als Frau. Er war heimlicher Korrespondent von Ludwig XIV und wurde wegen seines Geschicks in einer Reihe diplomatischer Auslandsmissionen als bevollmächtigter Gesandter sehr gelobt. Seiner Arbeit ging er in Frauenkleidern nach.

An dieser Stelle sei auf eine Stelle im Roman „Orlando“ von Virginia Woolf verwiesen, der im Rahmen einer erdachten Biografie zur Lebensmitte des Romanhelden einen Geschlecht-

wechsel beschreibt. Hellsichtig formuliert die Autorin hier: „Orlando war eine Frau geworden - das ist nicht zu leugnen. Aber in jeder anderen Hinsicht blieb Orlando genau, wie er gewesen war. Der Wechsel des Geschlechts, wenn er auch die Zukunft der beiden änderte, tat nicht das geringste, ihre Identität zu ändern. Ihre Gesichter blieben, wie ihr Porträts beweisen, praktisch dieselben. Seine Erinnerung - aber in Zukunft müssen wir der Konvention zuliebe „ihre“ statt „seine“ und „sie“ statt „er“ sagen -, ihre Erinnerung reichte durch alle Ereignisse ihres bisherigen Lebens zurück, ohne auf ein Hindernis zu stoßen.“

Auch Freud beschreibt aus Sicht der Psychoanalyse eine grundlegend anzunehmende Tendenz zur Integration auch gegengeschlechtlicher Anteile im Sinne eines androgynen Ideals dahingehend „daß alle menschlichen Individuen infolge ihrer bisexuellen Anlage und der gekreuzten Vererbung männliche und weibliche Charaktere in sich vereinigen, so daß die reine Männlichkeit und Weiblichkeit theoretische Konstruktionen bleiben mit ungesichertem Inhalt“. Diesen Thesen aus der individuellen Entwicklungspsychologie steht die gesellschaftliche Forderung nach Eindeutigkeit im Geschlechtsbezug entgegen, was letztlich im Rechtssystem fixiert wurde. So heißt es z. B. im bayerischen Codex Maximilianeus Civilis von 1756: „Hermaphroditen werden dem Geschlecht beygezehlt, welches nach Rath und Meinung deren Verständigen vordringt, falls sich aber die Gleichheit hierin bezeigt, sollen sie selbst eins erwählen und von dem Erwählten sub Poena Falsi nicht abweichen“ (zitiert aus: Bosinski 1996).

Ansätze zur definitorischen Abgrenzung des Krankheitsbegriffes finden sich erstmals bei den Psychiatern des ausgehenden 19. Jahrhunderts, z. B. in der 1886 erschienenen „Psychopathia sexualis“ von Richard von Krafft-Ebing. Der Jurist Carl Heinrich Ulrich (1825 bis 1895) prägte den Begriff von der weiblichen Seele in einem männlichen Körper (*anima muliebris virili corpore inclusa*). Hirschfeld war der erste 1923, der den Begriff „psychisch transsexuell“ benutzte. Benjamin trennte 1953 dann endgültig den Begriff „Transsexualismus“ vom „Transvestitismus“.

Seit der Zulassung der Sexualhormone (Progynon C konnte von Schering am 1. Mai 1949 auf den Markt gebracht werden) und den technischen Fortschritten bei Angleichungsoperationen steht zur Lösung des Problems „Transsexualismus“ nun auch ein Instrumentarium zu körperverändernden Maßnahmen offen, das in einigen Fällen dazu beitragen kann, die aus der Ablehnung der angeborenen Geschlechtszugehörigkeit resultierende innerliche Zerrissenheit der Betroffenen zu lindern. Da diese Eingriffe stets mit einem erheblichen Aufwand verknüpft sind, werden alle Operationskandidaten, sofern sie einer gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder bei Kostenübernahme nach BSHG, beim Medizinischen Dienst vorgestellt. Sowohl Fürsorgeaspekte wie auch etwaige Regressansprüche im weiteren Be-

handlungsverlauf und nicht zuletzt die hohen Kosten der Prozedur verpflichten zu besonderer Sorgfalt. Aufgabe des Gutachtens ist es nun insbesondere, sich mit der Krankheitswertigkeit des Problems, der Diagnosesicherung und der Operationsindikation in jedem Einzelfall sehr gründlich auseinanderzusetzen. Dazu gehören auch Kenntnisse zu Ätiologie und Epidemiologie des Phänomens Transsexualismus sowie des rechtlichen Hintergrundes für Transsexualitätsoperationen.

1.2 Ätiologie

Die gegenwärtigen Theorien zur Entstehung des Transsexualismus lassen sich im wesentlichen in zwei Gruppen ordnen. Einerseits primär biologisch fundierte, andererseits primär psychologisch bzw. psychodynamisch orientierte Erklärungen. Die Ursachendiskussion spiegelt hier den alten Theorienstreit wider, ob nämlich Natur oder Kultur als Einflussfaktoren der menschlichen Entwicklung mehr Gewicht zuzuschreiben ist.

Eine wissenschaftlich fundierte, allgemein anerkannte Theorie existiert noch nicht. In seiner Habilitationsschrift von 1996 hat der Sexualmediziner H. Bosinski eine Hypothese vorgestellt, die auf sowohl biologische wie auch psychodynamische Erklärungsmuster rekurriert und diese in schlüssiger Interdependenz darstellt. Seine Thesen sind bislang nicht widerlegt, müssen aber mit den verschiedensten anderen Ansätzen noch abgestimmt werden. Diesen wiederum fehlen häufig die biologische und psychologische Aspekte integrierende Sichtweise. Deshalb wird sein Erklärungsansatz im folgenden beispielhaft für die Belange dieser Einleitung etwas ausführlicher dargestellt. Auf die ausführlichere Diskussion im 2. Kapitel sei verwiesen.

Untersucht wurden 16 Frau-zu-Mann-Transsexuelle und 12 Mann-zu-Frau-Transsexuelle eines Konsultationsjahrganges der Kieler sexualmedizinischen Forschungs- und Beratungsstelle. Beide Gruppen wurden einer vergleichbaren Kontrollstichprobe nichtgeschlechtsidentitätsgestörter Männer und Frauen ($n =$ jeweils 20) gegenübergestellt und umfangreichen hormonellen, anthropometrischen sowie biographisch analytischen Befunderhebungen unterzogen. Seine Untersuchungsergebnisse haben sich bislang im klinischen Verlauf bestätigt, fanden international große Beachtung und sind bisher unwidersprochen. Um die Reproduzierbarkeit der Ergebnisse an größeren Untersuchungspopulationen sicherzustellen, ist in Zukunft an eine Datenerhebung im Sinne einer Multicenter-Studie auf europäischer Basis gedacht.

Zugrundegelegt wird das interaktionale Modell von Money (1988) für die Entstehung der Geschlechtsidentität/-rolle, in dem wie erkennbar, auch das körperliche Erscheinungsbild der Person einen wichtigen Stellenwert erhält (Abbildung 3).

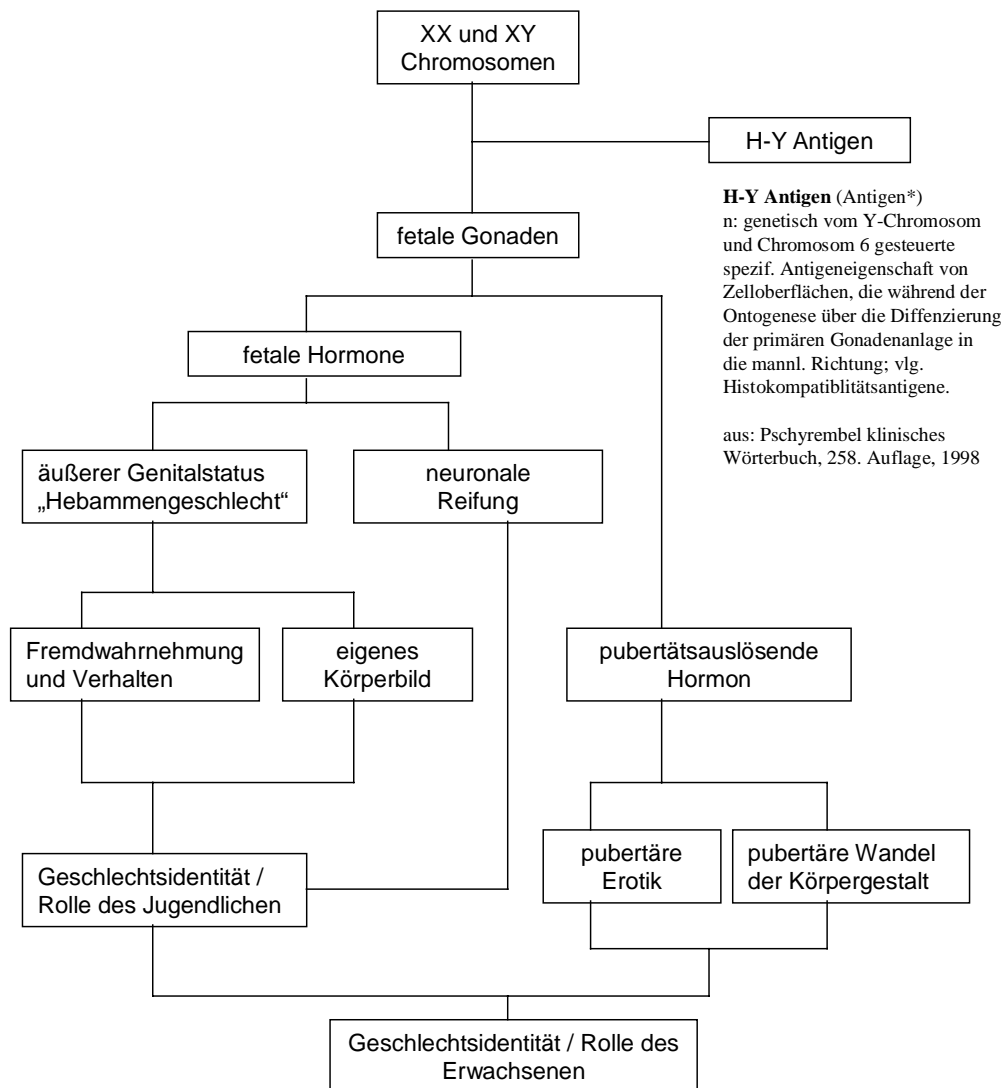


Abbildung 3: Das Modell der Entwicklung der Geschlechtsidentität/-rolle von Money (1988)

Ausgehend von der genetischen Kodierung sowie der hormonellen Disposition entwickelt sich postnatal eine spezifische Beziehung zwischen Kind und Eltern, die wiederum in erheblichem Maße durch die Erwartungen der Eltern darüber, wie ein Junge/ein Mädchen sich zu

verhalten habe, damit aber sehr stark von gesellschaftlichen Stereotypen und kulturellen Implikationen geprägt ist. Vor diesem Hintergrund organisiert das Kind seine Umwelt und ordnet Erfahrungen, auch in den Kontext einer Geschlechtsidentität. Die körperlichen Veränderungen der Pubertät stellen in diesem Zusammenhang sicherlich eine kritische und sensible Phase dar, einerseits die Akzeptanz der eigenen Körperveränderung betreffend, andererseits im Sinne des Bewusstwerdens der sexuellen Orientierung.

Im Rahmen des von Bosinski plausibel dargelegten Entwicklungsmodells ist bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen sowohl eine vom Normalen abweichende Bedingung im Prozess der kindlichen Sozialisation, als auch im endokrinologischen Funktionsgefüge festzustellen: „Die Patienten stammen signifikant häufiger aus asymmetrischen Familienverhältnissen ohne Vater bzw. mit einem Stiefvater, identifizieren sich in ihrer Kindheit aber zugleich überdurchschnittlich häufig mit der Vaterfigur. Bereits in der Kindheit entspricht ihr Verhalten dem des anderen Geschlechts“. Die hormonellen Befunde ließen sich im Sinne einer gemischt ovariell/adrenal-bedingten Dysregulation der Steroidbiosynthese als nicht klassische Form des adrenogenitalen Syndroms mit begleitendem polyzystischem Ovarsyndrom interpretieren. „Die Hyperandrogenämie geht einher mit Virilisierungserscheinungen (Hirsutismus, Oligomenorrhoe) und führt dazu, daß der Körperbau der Frau-zu-Mann-Transsexuellen mehr einem maskulinem Somato-Typus entspricht“. Bereits in der Kindheit identifizierten sich diese Patienten männlich. Sie erlebten die Vorgänge der weiblichen Pubertät als erschreckend, lehnten die Veränderungen ihres Körpers vehement ab und fühlten sich deutlich mehr zu Frauen hingezogen als zu Männern. Wichtig ist, daß sowohl die biologische Disposition wie auch die psychodynamische Entwicklungskomponente sich zur Ausbildung des Transsexualismus in der individuellen Biographie ergänzen. Auch wenn sich die Diagnose eines polyzystischen Ovars mit Hyperandrogenämie endokrinologisch nachweisen lässt, ist noch lange nicht fixiert, daß eine Frau mit Hormonstörungen dieser Art sich ausschließlich in Richtung auf Transsexualismus weiterentwickeln muß. Im Gegenteil, viele der Betroffenen finden sich in der Sterilitätssprechstunde wegen des unerfüllten Kinderwunsches wieder und suchen die Hilfe des Gynäkologen in dieser Situation auf. Auch die Tatsache einer schrecklich erlebten körperlichen Veränderung in der Pubertät wird im Kollektiv der nicht geschlechtsidentitätsgestörten Frauen häufig beschrieben. Sich mit diesen Entwicklungszumutungen auseinanderzusetzen, gehört zu den normalen Aufgaben der Geschlechtsidentitätsfindung einer Frau und stößt keineswegs immer auf selbstverständliche Akzeptanz. Diese Entwicklungsaufgaben werden von den meisten aber im Sinne einer integrierenden Normalität gelöst. Zu unterscheiden bleibt die davon abweichende lesbische Weiterentwicklung, also Akzeptanz der weiblichen Geschlechtsidentität mit gynäphiler sexueller Orientierung oder darüber hinaus

der Versuch der transsexuellen Problemlösung, mit welchem das weibliche Körperbild abgelehnt wird.

Bei den Mann-zu-Frau-Transsexuellen finden sich keine hormonellen Auffälligkeiten und auch keine Abweichungen im Körperbau im Vergleich zur männlichen Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Störungsentwicklung lassen sich nach Bosinski zwei gleichgroße Subgruppen unterscheiden: „Der Gruppe der bereits in der frühen Kindheit effeminierten, immer wieder offen als Mädchen auftretenden und signifikant früher (21,8 Jahre) mit ihrem Umwandlungsbegehren vorstellig werdenden Mann-zu-Frau-Transsexuellen steht diejenige der Männer gegenüber, die in der Kindheit oder auch in der Pubertät heimlich Damenunterwäsche anlegen und erst später (33,6 Jahre) um eine Geschlechtsumwandlung nachsuchen“. Seine Untersuchungsergebnisse belegen verschiedene Entwicklungswege für diese Subgruppen. Mitglieder der ersten Gruppe stammen aus unauffälligen Familienverhältnissen, die Mütter tolerieren erstaunlich oft mädchenhaftes Verhalten ihrer Söhne. In der Pubertät ist die sexuelle Orientierung unzweifelhaft auf Männer gerichtet, die sie jedoch als heterosexuelle Partner begehren. Diese Personen haben faktisch die männliche Rolle nie angenommen.

„Mitglieder der zweiten Gruppe erlebten überdurchschnittlich häufig einen brutal-hostilen Vater, der ihnen die männliche Rollenidentifikation erschwert. In der Pubertät entwickeln sie fetischistisch-transvestitisches Verhalten. Diese ich-dystone nicht partnerschaftsfähige sexuelle Deviation weitet sich bei den sexuell auf Frauen orientierten Patienten erst sekundär in den übergeordneten Bereich der Geschlechtsidentität aus. Zahlreichen Selbstheilungsversuchen folgt schließlich die Flucht aus der Männlichkeit, die weibliche Geschlechtsidentität bleibt brüchig und inkonsistent.“

Diese beiden Subtypen sorgfältig zu unterscheiden ist auch für die Erfolgsprognose einer geschlechtsangleichenden Operation außerordentlich wichtig. So lässt sich nämlich vermuten, daß diesen primär transvestitisch-fetischistisch orientierten Männern (ein solches Verhalten ist für Frauen bisher nicht beschrieben) durch eine operative Maßnahme nicht zu helfen ist. Hier verbindet sich mit der allgemeinen Identitätsproblematik die illusionäre Hoffnung, durch eine Umwandlung auch die gesamte gestörte Identität der Persönlichkeit zu wandeln. Undifferenzierte Angebote der Machbarkeit beinhalten das Risiko, falsche Hoffnung auf Heilung zu erwecken und biografische Katastrophen zu bewirken. Bosinski vermutet, daß postoperativ suizidale Entwicklungen bzw. Rückwandlungsbegehren überzufällig häufig aus dieser Subpopulation behandelter Transsexueller zu verzeichnen sind.

1.3 Epidemiologie

Diese nur aufgrund sorgfältiger Untersuchungen mögliche Klassifizierung verschiedener Ausprägungsformen bei Geschlechtsidentitätsstörungen wirken sich auch auf Angaben zur Prävalenz dieses Krankheitsbildes aus. Die folgende Tabelle aus Osburg/Weitze (1993) gibt die derzeit aktuellsten Daten wieder:

Autor	Land	TS Total	M-zu-F	F-zu-M	Ratio M:F
Walinder 1967	Schweden	1:54 000	1:37 000	1:103 000	2,8:1
Pauly 1968	USA		1:100 000	1:400 000	4:1
Hoenig & Kenna 1974	England	1:53 000	1:34 000	1:108 000	3,2:1
Ross et al. 1981	Australien	1:42 000	1:24 000	1:150 000	6,1:1
Tsoi 1988	Singapur	1:2 900	1:9 000	1:27 000	
Gooren et al. 1992	Niederlande		1:11 900	1:30 400	70-80 %
<u>Osburg & Weitze</u>	ehemalige BRD	1:42 000- 1:48 000	1:36 000- 1:42 000	1:94 000- 1:104 000	2,3:1- 2,2:1

Tabelle 1: Prävalenzraten bisheriger Untersuchungen

Zur jeweils verwendeten Definition, Stichprobenauswahl und Untersuchungsmethode geben die Autorinnen folgende Hinweise: der ersten systematischen Untersuchung zur Prävalenz durch Walinder 1968 lagen Rundbriefe an alle niedergelassenen Psychiater Schwedens zugrunde. Auf ähnliche Weise erhoben Ross et al. (1981) Inzidenz- und Prävalenzzahlen für Australien. Hoenig and Kenna (1974) berechneten Inzidenz- und Prävalenzraten aus den Daten sämtlicher zwischen 1958 und 1968 am University Department of Psychiatry in Manchester vorgestellten Personen im Verhältnis zur Einwohnerzahl des Einzugsgebietes. Pauly (1968) ging im Rahmen einer abschätzenden Hochrechnung für die USA davon aus, daß die Fallzahlen der Gender Identity Clinic des John Hopkins Hospital in Baltimore repräsentativ seien, da diese Institution lange Zeit in den USA die einzige war, die Operationen für Transsexuelle anbot. Ebenso verhält es sich mit den epidemiologischen Daten von Gooren et al.: die 1194 niederländischen Transsexuellen, die zwischen 1975 und 1991 an der Freien Uni-

versität Amsterdam behandelt wurden, stellen demnach 98% aller Fälle dar. Bei Berechnung der hohen Häufigkeitswerte für Singapur wurden tatsächlich nur dort geborene Einwohner berücksichtigt, die in der Universitätsklinik sowie drei privaten Praxen um eine Geschlechtsumwandlung nachsuchten und deren Diagnose bei psychiatrischer Begutachtung bestätigt wurde. Tsoi versucht diesen Befund damit zu erklären, daß gute Operationsmöglichkeiten gegeben sind und aufgrund fehlender polizeilicher Repressalien wenig Angst vor dem Rollenwechsel vorhanden sei. Für einen wirklich substantiellen Vergleich beschriebener Prävalenzen zwischen verschiedenen Staaten hätte eine zeitgleiche Erfassung unter standardisierten Bedingungen vorliegen müssen, weshalb auch Osburg/Weitze auf eine weitergehende Diskussion möglicher gesellschaftlicher Einflussfaktoren verzichten.

Dennoch zeigt sich durchgängig eine Ungleichverteilung des Geschlechtsverhältnisses zugunsten der Mann-zu-Frau-Operationen, wobei vorläufig offenbleiben muß, ob sich diese durch eine tatsächlich höhere Inzidenz dieses Krankheitsbildes bei Männern oder die einfachere Operationstechnik für diese erklären lässt. Die in der letzten Zeile beschriebenen Häufigkeiten für die alte Bundesrepublik basieren auf dem relativ sicheren Kriterium der in Deutschland durch Gutachten gestützten gerichtlichen Entscheidungen zur Vornamens- bzw. Personenstandsänderung nach dem Transsexuellengesetz. Auf diese Weise wurden für die alte Bundesrepublik in den Jahren 1981 bis 1990 insgesamt 1047 befürwortete Fälle einer Vornamens- und/oder Personenstandsänderung ermittelt. Das entspricht einer 10-Jahres-Prävalenz des Transsexualismus von 2,1 auf 100.000 volljährige Einwohner.

Zum Vergleich mit den Häufigkeiten anderer Krankheitsbilder wurde jeweils auf 100.000 Einwohner umgerechnet. Für Diabetes ist die Prävalenz zugrunde gelegt, für die drei anderen Krankheitsbilder die jährliche Inzidenz:

Transsexualität	0,18 : 100.000	(1990, alte BRD)
Diabetes-Prävalenz	4.805 : 100.000	(1991, Deutschland)
Schlaganfall (zur stat. Beh.)	450-600 : 100.000	(1995, je nach geograph. Lage)
Herzinfarkt	558 : 100.000	(1991, alte BRD, 25-74j. Männer)
Mammakarzinom (Frauen)	86 : 100.000	(1990-93, Saarland)

(alle Zahlenangaben aus: Gesundheitsbericht für Deutschland, hrsg. vom Statistischen Bundesamt, Wiesbaden 1998)

Tabelle 2: Prävalenz der Transsexualität im Vergleich zu anderen Krankheiten

Diesen Zahlen sollte zur besseren Einschätzung der Relevanz des gutachterlichen Problems die „Inzidenz“ der Umwandlungsanträge pro Jahr gegenübergestellt werden, die im MDK eingehen:

50 pro Jahr in Nordrhein (9,5 Mio. Einwohner)

38 pro Jahr in Westfalen-Lippe (8,5 Mio. Einwohner)

80 pro Jahr in Berlin (3,4 Mio. Einwohner)*

30-40 pro Jahr in Bayern (12 Mio. Einwohner)

*Mobilitätsproblem! Viele Transsexuelle erhoffen sich günstigere richterliche Entscheidungen über ihre Anträge zur Vornamens- bzw. Personenstandsänderung und verlegen ihren 2. Wohnsitz deswegen nach Berlin.

Diese Zahlen weisen nicht nur auf den erwartungsgemäßen erheblichen Unterschied zwischen Bundesländern hin, sondern zeigen auch, daß bei Vernachlässigung privat erbrachter Leistungen nur etwa jeder dritte vom MDK Begutachtete die Behandlung bis zur Vornamens- bzw. Personenstandsänderung weiterführt.

1.4 Rechtslage

Was die Problembereiche der Vornamens- und Personenstandsänderungen angeht, so sind diese Belange im Transsexuellengesetz vom 10. September 1980 geregelt. Der vollständige Wortlaut dieser Regularien findet sich im Anhang. Das Gesetz führt im ersten Teil die Voraussetzungen für eine Vornamensänderung, im zweiten Teil jene für eine Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit auf. In beiden Fällen sind zwei unabhängig voneinander erstellte Sachverständigengutachten erforderlich. Es wird vorausgesetzt, daß die betroffene Person, die sich aufgrund Ihrer sexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet, seit mindestens 3 Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben.

Darüber hinaus muß sich das Gericht überzeugen, daß mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr verändern wird. Was die Voraussetzungen vom Alter und Legalstatus her angeht, so ist die zunächst eingeführte Altersgrenze von mindestens 25 Jahren seit 26. Januar 1993 vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben und auch die Voraussetzung, nicht verheiratet zu sein, relativiert sich durch § 16, Abs. 2. Hier heißt es, daß die Ehe einer Person, die zum

Zeitpunkt der gerichtlichen Anordnung der Änderung des Geburtseintrages verheiratet gewesen war, mit Inkrafttreten dieses Gesetzes als aufgelöst gilt.

Unterschiedlich sind die Voraussetzungen für Vornamens- bzw. Personenstandsänderungen im Bezug auf die Zeugungsfähigkeit. Die Vornamensänderung wird dann für unwirksam erklärt, wenn nach Ablauf von 302 Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung ein Kind des Antragstellers geboren wird, womit belegt ist, daß der Betroffene sein Sexualleben in der naturgegebenen Geschlechtszugehörigkeit gestaltet. Für die Personenstandsänderung ist diese Voraussetzung in § 8 wesentlich strenger gefasst. Hier ist die dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit einerseits und die Veränderung der äußeren Geschlechtsmerkmale durch einen operativen Eingriff gefordert, der „eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts“ hergestellt hat. Für die Feststellung der Zugehörigkeit zum anderen Geschlecht i. S. einer Personenstandsänderung ist die erfolgte Kastration also eine wesentliche Bedingung.

Spezielle Transsexuellengesetze wurden außerhalb Deutschlands 1972 in Schweden, 1982 in Italien, 1985 in den Niederlanden und 1988 in der Türkei verabschiedet (Weitze 1996). Da in Kontinentaleuropa im Unterschied zum anglo-amerikanischen Rechtssystem seit Einführung des Code Napoléon alle amtlichen Dokumente auf die Geburtsurkunde zurückgehen, ermöglicht die Personenstandsänderung mit der Änderung des Geburtseintrags die durchgängige Umschreibung aller anderen Papiere.

In Großbritannien dagegen gibt es diese Bindung an den Geburtseintrag nicht. Hier kann z. B. der Führerschein auf einen neuen Vornamen umgeschrieben werden, ohne das originäre Geschlecht im Reisepass zu ändern (Cohen-Kettenis and Walinder 1987).

Diese gesetzlichen Vorgaben berühren nun aber die Voraussetzungen einer potentiellen Kostenübernahme der erforderlichen Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Hier hat das Bundessozialgerichtsurteil (Az.: 1 RK 14/92) vom 10. Februar 1993 einen wesentlichen Beitrag zur Entscheidungsfindung geleistet. Die Urteilsbegründung ist für all die Fälle hilfreich, bei denen die Operationsindikation aufgrund eines resultierenden schweren psychischen Leidens hergeleitet wird. Hatte man vor diesem Datum einzuschätzen, inwieweit „bei zumutbarer Willensanspannung aus eigener Kraft die psychische Störung nicht überwunden werden konnte und der seelische Defekt ein solches Ausmaß erreicht hatte, daß man von einem ernsten und echten Zustand des psychischen Versagens“ auszugehen hat, so heißt es dazu in der Rechtsprechung obigen Urteils jetzt: „Liegt eine psychische Störung vor, so ist sie mit den Mitteln der Psychiatrie und Psychotherapie zu behandeln“. Unter der Voraussetzung, daß es sich um einen im Normbereich liegenden Körperzustand handelt, kann dieser nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verändert wer-

den, nur weil der Versicherte psychisch auf die gewünschten Änderungen fixiert ist. Die Urteilsbegründung spricht hier von einer andernfalls unvereinbaren Ausweitung der Leistungspflicht gesetzlicher Krankenkassen, die es zu verhindern gilt.

Die einzige Ausnahme bei der die psychiatrische Begründung ausschlaggebend für eine plastisch-chirurgische Maßnahme wird, besteht in der Transsexualität. Hier geht man davon aus, daß eine Störung des Gesamtzustandes des Patienten vorliegt, bei der eine innere Spannung zwischen dem körperlichen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht auftritt, die zu einem so schweren Leidensdruck führt, daß sich die Transsexualität im Einzelfall als behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts darstellt. Unter diesen Voraussetzungen kommt eine geschlechtsangleichende Operation dann in Frage, wenn psychiatrische und psychotherapeutische Mittel das Spannungsverhältnis nicht lindern oder zu beseitigen vermögen.

Dieser Sichtweise wird bereits im BSG-Urteil 3 RK 15/86 vom 6. August 1987 Rechnung getragen. Deziert wird nachgefragt, ob der Leidensdruck in diesem Falle (es handelt sich um eine Mann-zu-Frau-Angleichung) Krankheitscharakter hat. Dieser wird aufgrund der extrem hohen Selbstmordgefahr, die vor der Operation bestanden hat, als schwer eingeschätzt. Die von dem vorgenommenen Eingriff erwartete Linderung wird als wahrscheinlich beschrieben und damit für ausreichend erklärt.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt für die Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist die vorherige Klärung der Kostenübernahme. Dies geht unter anderem auch aus der Urteilsbegründung des BSG-Urteils 1 KR 18/96 R vom 9. Juni 1998 hervor. Hier wird der Fall eines Patienten vorgetragen, auf dessen Wunsch eine Hodenprothese implantiert wurde, um eine bestehende psychische Störung günstig zu beeinflussen. Die Krankenkasse wurde in diesem Falle erst am Tag nach der Operation informiert. Es handelte sich um eine selbst beschaffte Leistung. Da die Krankenkasse in der Regel vorschriftswidrige und unwirtschaftliche Behandlungen nicht verhindern kann, genießen Verordnungen zur Krankenhauspflege einen gewissen Vertrauensschutz. In diesem Falle enthielt die Verordnung den Hinweis auf vorherige notwendige Klärung der Kostenübernahme, was nicht erfolgt war. Im übrigen wurde festgestellt, daß die implantierte Prothese das Funktionsdefizit des seit der Kindheit fehlenden Hodens nicht ausgleichen konnte. Dieselbe Überlegung wird in der Begründung eines LSG-Urteils aus Niedersachsen (L 4 KR 171/98) vorgetragen, wo es um die Kostenübernahme für eine konduktive Förderung nach Petö im Verein „Steh auf und Lauf“ geht. Unabhängig davon, daß hier keine ärztliche Behandlung erfolgte heißt es, die Krankenkasse müsse prüfen dürfen, „ob die beanspruchte Leistung überhaupt

vom Leistungsanspruch umfasst ist“ und somit als Sachleistung für den Versicherten erbracht werden kann, also ob sich Vertragsarzt und zugelassene Einrichtung im Repertoire des Kassenleistungskataloges finden. Das gilt z.B. auch für Elektroepilation (Sicherstellungsverpflichtung der KV). Bei nachträglicher Antragstellung ist dieser Schritt übergangen und folglich die Krankenkasse nicht verpflichtet, für die bereits erfolgte Behandlung einzustehen. Bezogen auf eine sogenannte Geschlechtsumwandlung bedeutet dies auch, daß die operative Leistung in einem Vertragskrankenhaus erbracht werden muß. So entschied das Sozialgericht Berlin im November 1997 (Az.: S 72 KR 74/97), daß die betroffene Krankenkasse die Kosten einer Privatkrankenhauspflege für eine Transsexualitätsoperation nicht zu erbringen habe, weil vergleichbare Behandlungsmöglichkeiten in Vertragskrankenhäusern bestehen.

Was hier für den operativen Eingriff vorgetragen und mit entsprechenden Urteilsbegründungen belegt ist, muß auch für den Beginn einer Hormonbehandlung gelten. Eigenmächtige Entscheidungen, die irreversibel sind und die geschlechtsangleichende Operation als einzige Behandlungsoption übrig lassen, sollten nicht durch eine nachträgliche Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützt werden. Leider lässt sich immer wieder feststellen, wie leichtfertig Hormonpräparate bei Wunsch nach Geschlechtswechsel verschrieben werden, ohne daß die geforderte Psychotherapie zur Absicherung des Entschlusses auch tatsächlich durchgeführt wird (z.B. Bosinski, 1994)

Zum Schluss der Einleitung erscheint es erforderlich, auch den Begriff der Geschlechtsumwandlung präziser zu fassen. Es handelt sich nämlich typischerweise um eine geschlechtsangleichende Operation, die der rechtlichen Forderung nach Eindeutigkeit des Erscheinungsbildes Rechnung trägt. Nicht uninteressant ist in diesem Zusammenhang, daß der erste Fall einer bekannt gewordenen Behandlungsgeschichte des früheren amerikanischen Soldaten George später Christine Jörgensen von der New Yorker Presse benutzt wurde um den Begriff „Sex Change Operation“ zu prägen und die Idee einer möglichen „Geschlechtsumwandlung“ zu suggerieren. De facto wurde dieser Patient ab 1950 zunächst hormonell und später chirurgisch behandelt. In einem experimentellen Ansatz entschieden sich die verantwortlichen Ärzte nämlich zunächst nur zu einer Kastrationsoperation, erst später zur Penektomie. Vier Jahre nach dem ersten Eingriff im Rahmen einer dritten Intervention wurde schließlich plastisch-chirurgisch eine Neovagina angelegt und damit erst nachträglich jene Sextransformation durchgeführt, die die Medien längst aus diesem Fall gemacht hatten (Pfäfflin, 1993).

1.5 Literatur

Bosinski, H.A.G.: Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern
in: Sexuologie 4 (1), 1994, S. 195 - 211

Bosinski, H.A.G.: Sexualmedizinische Untersuchungen zu Ursachen und Verlauf transsexueller
Geschlechtsidentitätsstörungen
Habilitationsschrift 1996, vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-
Universität zu Kiel

Bosinski, H.A.G.: Nosologie der Geschlechtsidentitätsstörungen - Historischer Hintergrund
und aktuelle Klassifikationssysteme
in: Sexuologie 2 (3), 1996, S. 92 - 105

Clement, U. und W. Senf (Hrsg.): Transsexualität – Behandlung und Begutachtung
Schattauer Verlag Stuttgart, 1996

Cohen-Kettenis, P.T and Walinder, J.: Sex reassignment surgery in Europe: a survey
in: Acta Psychiatrica Scand 75 (2), 1987, p. 176 - 182

Freud, S.: Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschiedes
Studienausgabe, Bd.V, Frankfurt 1972, S. 260

Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit
in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG) vom 10.September 1980

Gesundheitsbericht für Deutschland, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt
Verlag Metzler-Poeschel, Stuttgart 1998

Hirschfeld, Magnus: Geschlechtsanomalien und Perversionen
Nordische Verlagsgesellschaft Frankfurt a.M. - Stockholm ohne Jahresangabe, Vorwort der
englischen Ausgabe 1938

Osburg, S. und C. Weitze: Betrachtungen über zehn Jahre Transsexuellengesetz
in: Recht & Psychiatrie 11, 1993, S. 94 - 107

Pfäfflin, F.: Transsexualität - Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf

Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1993

Pfeiffer, W.M.: Transkulturelle Psychiatrie - Ergebnisse und Probleme

Georg Thieme Verlag Stuttgart - New York 1994, S. 77

Sommer, V.: Wider die Natur? - Homosexualität und Evolution

Verlag C.H.Beck, München 1990, S. 71 - 77

Strain, L. et al.: A True Hermaphrodite Chimera Resulting from Embryo Amalgamation after in Vitro Fertilization

in: The New England Journal of Medicine, Vol.338, No.3, 1998, p. 166 - 169

Urteil des Bundessozialgerichtes vom 6.8.1987 AZ: 3 RK 15/86

Urteil des Bundessozialgerichtes vom 10.2.1993 AZ: 1 RK/ 14/92

Urteil des Bundessozialgerichtes vom 9.6.1998 AZ: B 1 KR/ 18/96

Urteil des Landessozialgerichtes Niedersachsen vom 8.7.1999 AZ: L 4 KR 171/98

Urteil des Sozialgerichtes Berlin vom 25.11.1997 AZ: S 72 KR 74/97

Weitze, C.: Transsexualism in Germany: empirical data on epidemiology and application of the German Transsexuals' Act during its first ten years

in: Arch Sex Behav 35 (4) , 1996, p. 409 - 25

Woolf, Virginia: Orlando

Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt a. M., 11. Auflage, September 1998, S. 99

Abbildung 1 und 2 wurden dem Ausstellungskatalog ANDROGYN - Sehnsucht nach Vollkommenheit, Dietrich Reimer Verlag Berlin, 1986, S.13 und 52 entnommen.

2. Transsexualität aus psychiatrischer Sicht

Nicht nur zur kompetenten, entscheidenden Diagnostik/Differentialdiagnostik einer Geschlechtsidentitätsstörung im Sinne einer Transsexualität, sondern bei zunehmender Erwartungshaltung der Bevölkerung bei noch unzureichendem Behandlungsangebot sexueller Störungen, fordern H. J. Vogt, K. Lewitt, R. Bille, K. M. Beyer und H. A. G. Bosinski, die Einführung der Zusatzbezeichnung "Sexualmedizin" mit weitreichenden Weiterbildungsinhalten. Zudem werden die unterschiedlichsten Fachrichtungen mit der Geschlechtsidentitätsstörung konfrontiert.

Bei zunehmend jüngerem Alter der Patienten mit einer Geschlechtsidentitätsstörung ist oftmals der Pädiater der erste Ansprechpartner, in einem höheren Alter nach ausreichender Vertrauensbildung, der Hausarzt. Hier ist von Beginn an eine besondere Sorgfalt in der Diagnosestellung erforderlich, um nicht eine Entwicklung therapeutisch zu fixieren, die möglicherweise iatrogen einen erheblichen Leidensweg für den Patienten einleitet.

Die Weltgesundheitsorganisation ordnet im ICD 10 die Störungen der Geschlechtsidentität (F64) unter die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 – F69) ein, neben der Gruppe der spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60), Störungen der Sexualpräferenz (F65) und psychischen und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66). Differenziert wird darüberhinaus der Transsexualismus (F64.0), der Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen (F64.1), Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters (F64.2) und sonstige Störungen der Geschlechtsidentität (F64.8) und nicht näher bezeichnete Störung der Geschlechtsidentität (F64.9).

Die Definition des Transsexualismus ist der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechts zu leben und anerkannt zu werden. Dieser geht meist mit dem Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum biologischen Geschlecht einher. Es besteht der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen. Als Leitlinie zur Diagnostik wird gefordert, daß die transsexuelle Identität mindestens 2 Jahre durchgehend besteht und nicht ein Symptom einer anderen psychischen Störung, wie z. B. einer Schizophrenie ist, darüberhinaus keine intersexuelle, genetische oder geschlechtschromosomale Anomalie vorliegt.

2.1 Nosologische Zuordnung

Das von der American Psychiatric Association herausgegebene "DSM" (= diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) ordnet den Transsexualismus der Kategorie "sexuelle und Geschlechtsidentitätstörungen" zu und fordert im DSM IV eine starke und anhaltende gegengeschlechtliche Identifikation, wobei der Wunsch besteht, im anderen Geschlecht zu leben oder so behandelt zu werden, oder die Überzeugung vorherrscht, die typischen Gefühle und Reaktionsweisen des anderen Geschlechtes zu haben. Die äußeren Geschlechtsmerkmale werden realistisch wahrgenommen, aber abstoßend empfunden. Es liegt häufig die dauernde Beschäftigung damit vor, die primären oder sekundären Geschlechtsmerkmale loszuwerden. Nicht selten kommen Selbstkastration und eigenständige Versuche der Mammaamputation/Vaginalverletzungen vor, sehr häufig werden die sekundären Geschlechtsmerkmale versteckt (durch korsettieren/bandagieren/abbinden). Die Störung führt zu klinisch signifikantem Distress oder zu Funktionsbeeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Lebensbereichen bei häufig nahezu wahnhafter Überzeugung.

Bei großer Heterogenität der Betroffenen gibt die Literatur die unterschiedlichsten Verläufe an, mit beginnender Entwicklung des transsexuellen Lebens schon weit vor Beginn der Pubertät, mit zunehmendem Abscheu vor den sich pubertär entwickelnden sekundären Geschlechtsmerkmalen und oftmals beruflicher Ausrichtung in die typisch andersgeschlechtlichen Berufszweige. Andererseits werden auch Verläufe mit zunächst versuchter Verleugnung des transsexuellen Empfindens, Beziehungsaufnahme und Versuch einer Partnerschaft mit dem biologisch anderen Geschlecht, oftmals Eheschließungen, auch Elternschaft beschrieben. Die Partnerschaften erweisen sich oft als unbefriedigend für beide Partner wegen Nichterfüllung der erwarteten Rollenübernahme in der Familie. Bei schambesetzter Überzeugung gelingt der öffentliche Rollenwechsel in einigen Fällen nicht, sodaß oftmals über Jahre ein Kompensationsversuch stattfindet im heimlichen cross-dressing. So ist der öffentliche Geschlechtsrollenwechsel nicht selten erst z.B. nach Tod der Eltern, Berentung oder zu anderen Lebensereignissen möglich, da die Reaktion insbesondere des nahen sozialen Umfeldes eine zusätzliche Problematik darstellt zum intrapsychischen Konflikt.

Allerdings werden auch früh beginnende Verläufe beschrieben mit frühkindlichen Hinweisen, wobei bei Kindern (bis zum 14.Lebensjahr) mindestens 4 der folgenden Kriterien erfüllt sein müssen:

- 1) Wiederholt geäußerter Wunsch oder Beharren darauf, daß er/sie dem anderen Geschlecht angehört.

- 2) Bei Jungen Neigung zum Tragen weiblicher Kleidung oder zum Nachahmen weiblicher Körpersprache, bei Mädchen das Beharren darauf, dem männlichen Stereotyp entsprechende Kleidung zu tragen.
- 3) Stark und anhaltende Vorlieben für gegengeschlechtliche Rollen bei Phantasiespielen oder anhaltende Phantasien, dem anderen Geschlecht anzugehören.
- 4) Intensiver Wunsch an Spielen und Freizeitvergnügen des anderen Geschlechts teilzunehmen.
- 5) Starke Vorliebe für Spielkameraden des anderen Geschlechts.

Typischerweise wird eine Aversion gegen ruppiges Spielen und Ablehnung von jungentypischem Spielzeug bei männlichen Patienten gesehen, bei Mädchen die Vorliebe für Spiele und Aktivitäten, die als typisch für Jungen gelten. Gleichzeitig werden bei Jungen der Penis oder die Hoden als abstoßend erklärt, bei Mädchen wird der Wunsch nach einem Penis geäußert, wird das Urinieren im Sitzen abgelehnt, darüberhinaus das Brustwachstum aversiv erlebt. Eklatant wichtig ist hier die differentialdiagnostische Abklärung einer Adoleszentenkrise.

In der Literatur wird häufig eine Unterteilung in primäre und sekundäre Transsexuelle vorgenommen, wobei bei primär Transsexuellen seit frühester Kindheit ein gegengeschlechtliches Verhalten zu beobachten sei, durchgehend das Gefühl vorherrscht, eine Frau in einem männlichen Körper zu sein oder umgekehrt und früh die hormonelle und operative Geschlechtsumwandlung angestrebt wird. Bei der sekundären Transsexualität handelt es sich um Patienten, die erst in einem späteren Alter eine transsexuelle Entwicklung nehmen, mit oftmals passageren homosexuellen oder transvestitischen Ausprägungen. Eicher et. al. fanden gemäß der Literaturhinweisen nur bei 20 % der sekundär Transsexuellen einen günstigen Verlauf. Einige Autoren vermuten bei den "transvestitischen Transsexuellen" eine Flucht aus der Überforderung durch die nie gänzlich eingenommene Männer/Frauenrolle.

Unterteilung gemäß Levine und Lothstein 1981 in:

- 1) Primär (angegeben mit 10 - 25 %) = lebenslang bestehende profunde Störung der Geschlechtsidentität mit vergleichsweise geringem inneren Konfliktpotential

- 2) Sekundär = aufzufassen als Versagen "vergängiger" (reiferer) Adaptationsformen der Geschlechtsidentität, zumeist streßkorreliert ausgelöst, häufig verstärkt bzw. aufrechterhalten durch Umgebungsfaktoren, gekennzeichnet durch ausgeprägtere intrapsychische Konflikte.

Weitere typologisch orientierte Ansätze stellen die sexuelle Orientierung des Patienten als Differenzierungskriterium vor. So werden 1976 von Bandler 42 Mann-zu-Frau Transsexuelle erfaßt, wobei er die primär Transsexuellen homosexuell ausgerichtet sieht (sex. Orientierung auf Männer), diese signifikant früher die Transformations-Op erlangt hätten und sich früher als Frau in der Öffentlichkeit gezeigt hätten, die heterosexuellen (sex. auf Frauen orientiert) dagegen vorübergehend ein Cross-Dressing mit sexueller Erregung aufwiesen. Als 3. Gruppierung nennt Bandler die "asexuellen Transsexuellen", die die operative Geschlechtsumwandlung anstrebten bei Ablehnung des Penis.

Bosinski (1994) greift bisherige typologisch-differenzielle Untersuchungsversuche auf, bestätigt die in der Literatur beschriebenen Merkmale der Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit der Unterscheidung zwischen etwa gleichgroßen Subgruppen:

- a) einer Gruppe mit früher Effeminierung in der frühen Kindheit, frühem Umwandlungsbegehren und sexueller Orientierung auf Männer gerichtet, die sie jedoch als heterosexuelle Partner angeben und
- b) einer Gruppe mit zunächst transvestitischen Symptomen sowie späterem Geschlechtsumwandlungswunsch nach zahlreichen "Selbstheilungsversuchen", wobei die "weibliche Geschlechtsidentität" brüchig und inkonsistent bleibt und die sexuelle Orientierung auf Frauen gerichtet ist. Auffallend häufig treten zusätzlich diffuse psychosomatische Erkrankungen auf. Diese "sekundären (gynäphilen) Transexuellen" nehmen postoperativ hinsichtlich psychosozialer und psychosexueller Adaptation einen tendenziell ungünstigeren Verlauf.

Das DSM IV geht nicht nur auf die genannten 2 Untergruppen ein mit der bedeutsamen Änderung zum DSM III, daß nicht mehr fetischistische Symptome die Diagnose des Transsexualismus ausschließen, sondern ändert auch den Terminus 'Transsexualismus' in einen erheblich erweiterten Begriff der Geschlechtsidentitätsstörung und folgt damit der amerikanischen Literatur, die den Begriff der "Transgender dysphoria" in jüngerer Zeit bevorzugt.

Darüberhinaus fällt die Voraussetzung, daß die geschlechtsangleichende Operation angestrebt wird als Kriterium des Vorliegens der Transsexualität weg, da nach den Erfahrungen vieler Kliniker keine scharfen Grenzen zwischen den Patienten existieren, die auf einer geschlechtskorrigierenden Operation bestehen und denjenigen, deren Wünsche nach Geschlechtsangleichung operative Maßnahmen nicht miteinschließen.

2.2 Diagnostik/Differentialdiagnostik

Zum Beleg der Heterogenität der Betroffenen und damit differentialdiagnostischen Problematik stellen H. Becker und U. Hartmann (1994) einige Kasuistiken vor, die ein Spektrum des "Gender dysphoria Syndroms" bei Erwachsenen und die häufige Komorbidität belegen, u.a.:

- Paraphylien
- Transvestitismus
- transvestitischer Fetischismus
- abgewehrte/effeminierte Homosexualität
- multiple Störungen der Sexualpräferenz
- polymorphe Perversionen, z. T. mit Suchtcharakter
- dysmorphe Phobie
- monosymptomatische Paranoia
- endogene Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis
- endogene depressive Psychosen
- Erkrankungen des Temporallappens
- Intersexualität bei chromosomalen und/oder hormonellen Anomalien
- Identitätsstörungen mit Gender dysphoria Syndrom auf dem Boden einer Borderline- Persönlichkeit oder anderer Persönlichkeitsstörungen.

Um hier eine diagnostische Hilfe anzubieten, stellte Sigusch 1980 Leitsymptome auf (aus W. Eicher Transsexualismus 1992 mit dessen Anmerkungen):

1. Transsexuelle haben die innere Gewißheit, dem Geschlecht anzugehören, das ihnen körperlich nicht gegeben ist. Trotz oft erheblicher Realitätsverfälschungen zeigen Transsexuelle normalerweise, d. h. außerhalb von Krisensituationen, keine wirklich psychotischen Symptome.

2. Abweichende körperliche Befunde kommen bei Transsexuellen so oft vor wie bei anderen seelischen Krankheiten.
3. Transsexuelle sind von einem Verlangen nach Geschlechtswechsel besessen, welches drang- und suchartigen Charakter annimmt.
4. Auf die geschlechtsspezifischen Merkmale des eigenen Körpers reagieren Transsexuelle mit Haß und Ekel. Sie führen gegen die körperlichen Geschlechtsmerkmale einen ständigen inneren und äußeren Kampf. (Anm.: Das ist häufig, jedoch gibt es auch Transsexuelle, die aus ihren Genitalorganen sexuelle Befriedigung ziehen).
5. Bereits in der Kindheit zeigen viele Transsexuelle Verhaltensweisen und Empfindungen, die gemeinhin dem anderen Geschlecht zugeordnet werden.
6. Cross-dressing, das Tragen der Kleider des anderen Geschlechts, kommt ebenfalls schon oft in der Kindheit vor und entwickelt sich progredient. Dies geht nur in Ausnahmefällen mit sexueller Erregung einher. Über das cross-dressing hinaus streben Transsexuelle die perfekte Imitation aller Reaktionen, Ausdrucks- und Verhaltensweisen des begehrten Geschlechtes an, von der Miktion bis zum Berufsleben. Im Erwachsenenalter nehmen Transsexuelle oft einen Geschlechtsrollenwechsel im privaten und beruflichen Bereich bis hin zur Heirat in der neuen Geschlechtsrolle vor.
7. Im Vergleich zur zentralen Geschlechtsproblematik hat die bewußt erlebte Sexualität oft eine untergeordnete Bedeutung, auch dann, wenn sexuelle Appetenzen und Aktivität nicht bis hin zur Asexualität herabgesetzt sind. (Anm.: Hier scheint es zumindest z. Zt. zu einem Symptomwandel gekommen zu sein. Die Mehrzahl unserer Patienten hatte vor der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung durchaus ein normal starkes sexuelles Interesse, der Transsexuelle findet Ersatzlösungen. Nur bei einem kleineren Teil kommt es zur Verdrängung der Sexualität aus einer Hemmung, die vom eigenen Genitale ausgeht, was dann als Asexualität imponiert.)
8. Transsexuelle zeigen eine starke Abwehr und Ablehnung der Homosexualität, empfinden sich selber als heterosexuell und haben den Wunsch, mit heterosexuellen Partnern Beziehungen einzugehen. (Anm.: Auch mancher Transsexuelle hat sehr wohl Beziehungen mit Homosexuellen, da es ihm nicht möglich ist, einen heterosexuellen Partner, den er lieber haben möchte, zu finden. Auch postoperativ gibt es eine Anzahl

von homosexuellen Transsexuellen, in einer Häufigkeit, die der Homosexualität in der Normalbevölkerung entsprechen dürfte).

9. Im ärztlichen Gespräch wirken Transsexuelle oft kühl, distanziert und affektlos, starr, untangierbar, fassadenhaft, demonstrativ nötigend, dranghaft besessen und eingengt, merkwürdig uniform, monoton typisiert.
10. Psychotherapie lehnen Transsexuelle regelmäßig ab.
11. Zwischenmenschliche Beziehungen Transsexueller sind oft gestört, weil ihnen Einfühlungsvermögen und Bindungsfähigkeiten fehlen. Transsexuelle neigen dazu, andere Menschen entweder stark zu idealisieren oder stark abzuwerten. Derartige Polarisierungen im Sinne des Alles oder Nichts, ganz oder gar nicht, bestimmen die Erlebens- und Verhaltensbereiche vieler Transsexueller. (Anm.: Ein fehlendes Einfühlungsvermögen und Bindungsfähigkeit liegt zumindest bei den Frau-zu-Mann-Transsexuellen nach unserer Beobachtung in der Regel nicht vor, kann jedoch bei Mann-zu-Frau-Transsexualität häufiger beobachtet werden.)
12. Wenn Transsexuelle den Eindruck haben, in ihrem Wunsch nach Geschlechtswechsel nicht unterstützt oder behindert zu werden, reagieren sie oft gereizt, aggressiv bis hin zu schweren Verstimmungen. Ernstzunehmende Selbstmord- und Selbstverstümmelungsversuche kommen dann vor.

Sigusch stellt jedoch 1991 einen Wandel des klinischen Erscheinungsbildes fest, ebenso wie H. Becker und U. Hartmann, 1994 die es nicht mehr für statthaft halten, von "den Transsexuellen" oder "der Transsexualität" zu sprechen, was die Differentialdiagnostik keineswegs leichter gemacht hat:

- Transsexuelle Entwicklungen sind heute vielfältiger und vielgestaltiger.
- Die Strukturdiagnose "Borderline-Persönlichkeit" wird seltener gestellt.
- Transsexuelle Verläufe werden nicht mehr so stark typisiert, was auch für die bereits angesprochene Unterscheidung in primär/sekundär zutrifft.
- Die Patienten mit transsexuellen Wünschen sind heute jünger und der Anteil der biologischen Frauen ist gestiegen.
- Die sexuelle Appetenz ist im Verhältnis zur Geschlechtsidentitätsproblematik nicht mehr von so untergeordneter Bedeutung.
- Die Wahl des Sexualobjektes nicht mehr durchgehend "heterosexuell".

Nicht nur die Heterogenität der Transsexuellen, sondern auch Hinweise auf differente Prognosen fordern besondere diagnostische/differentialdiagnostische Sorgfalt. Im Gegensatz zu den Ausführungen im "Nervenarzt" 1987 aus der psychiatrischen Klinik der TU München, die eine wesentlich bessere psychosoziale Integration der geschlechtsangleichend operierten Transsexuellen fanden, und Werflin und Jünger 1992, die nach einer sorgfältig erhobenen Analyse z. T. positiv anmutende katamnestische Verläufe von Patienten, die sich einer geschlechtskorrigierenden OP unterzogen haben, wiedergeben, liegen neuere "Resultate einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen" von U. Rauchfleisch, D. Barth und R. Battegey aus der psychiatrischen Universitätspolyklinik, Basel, 1998 vor, die deutlich schlechtere Verläufe darstellen (s. ausführlichere Darstellung in Kapitel 4).

Somit drängen auch unterschiedliche katamnestische Erhebungen zu außerordentlich sorgfältigem Umgang in der Behandlung und Begutachtung Transsexueller.

2.3 Erklärungsversuche der Pathogenese

Vogt, Lewitt, Wille, Bayer und Bosinski definieren die menschliche Geschlechtsidentität, d. h. das überdauernde Gefühl der Zugehörigkeit im männlichen oder weiblichen Geschlecht als Ergebnis eines interaktionalen Entwicklungsprozesses, in dem biologische, psychische und soziokulturelle Bedingungen im Regelfall so zusammenwirken, daß Kongruenz zwischen chromosomalem, gonadalem, hormonalen, gonoductalem, genitalem, cerebralem und sozialem Geschlecht und Geschlechtsidentität besteht. Diskordanzen zwischen den verschiedenen Ebenen der Geschlechtszugehörigkeit imponieren in der klinischen Praxis entweder als morphologisches Intersex- Syndrom oder bereits als eine Störung der Geschlechtsidentität, wobei die extremste Störung der Geschlechtsidentitätsstörung der Transsexualismus ist, der nach einem längerwährendem diagnostisch/ therapeutischen Prozeß festgelegt werden kann. Dieser ist von zentraler Bedeutung und vor der Einleitung irreversibler medizinischer Maßnahmen durchzuführen.

Nach Pfäfflin gibt es keinerlei Anhaltspunkte für eine einheitliche Pathogenese. Bei unterschiedlichsten Verläufen spricht er von einer "gemeinsamen Endstrecke" der transsexuellen Symptombildung, wobei der transsexuelle Wunsch ein "kreativer Ausweg" aus einer Separations- und Individuationskrise darstellt. Zunächst handele es sich um eine generelle Identitätsstörung, erst als weiterer Konflikt um eine Geschlechts-Identitätsstörung.

Bosinski geht bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen von einer Hyperandrogenämie aus, mit hormonell prädisponiertem Verhalten und daraus resultierender Selbstkategorisierung als "mehr den Jungen ähnlich" mit selbstverstärkendem Effekt auf die männliche Identifikation im Sinne eines "Wohlfühlens in der Jungenrolle", der wiederum verstärkt wird durch das Verhalten von Peer-Group und Vater, die das Kind als "jungenhaft" behandeln. Bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen postuliert er unterschiedliche Hypothesen: Bei den androphilen Transsexuellen mit frühem Störungsbeginn vermutet er in Analogie zu Frau-zu-Mann-Transsexuellen ein Zusammenwirken AGS-positiver Befunde und transsexuellogenes Verhalten der Mutter. Bei den sekundären, gynäphilen Mann-zu-Frau-Transsexuellen postuliert er eine Fehlidentifikation durch die Interaktion von aversivem, die männliche Rolleneignung erschwerendem Verhalten des Vaters mit der , die weibliche Identifikation einleitende bzw. verstärkende sexuelle Befriedigung mittels weiblicher Utensilien in der fetischistisch gefärbten Masturbation, wobei er jedoch diese Hypothesen als nicht beweisbare Spekulationen beurteilt.

Pfäfflin (2000) führt an, daß die Diskussion um das ursächlich an der Genese des Transsexualismus vermutete HY-Antigen abgeschlossen wurde und nicht bestätigt werden konnte, ein Einfluß einer angeblichen hormonellen Dysbalance der Mutter während der Schwangerschaft während einer bestimmten kritischen Phase der Gehirnentwicklung des Feten ebenfalls der wissenschaftlichen Beweise entbehre. Money geht von einer Interdependenz von Anlage- und Umwelteinflüssen aus (s. Kapitel 1).

2.4 Standards zur Behandlung und Begutachtung Transsexueller

1998 erschienen in einer Sonderausgabe der Zeitschrift "psycho" (Becker, S. et al.) die Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen, erarbeitet durch die Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft als Versuch erster verbindlicher Richtlinien für die "Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen", nach 1979 erstmals vorgelegt und seitdem mehrfach überarbeiteten "Standards of Care" der Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, die nur begrenzt auf deutsche Verhältnisse anwendbar waren. Hier wird als wesentlicher Teil des diagnostisch/therapeutischen Prozesses der "Alltagstest" genannt, "in dem der Patient kontinuierlich und in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht lebt, um die notwendigen Erfahrungen zu machen".

Zunächst werden hier folgende diagnostische Maßnahmen gefordert:

- Erhebung der biographischen Anamnese mit den Schwerpunkten:
Geschlechtsidentitätsentwicklung, psychosexuelle Entwicklung, gegenwärtige Lebenssituationen
- Körperliche Untersuchung mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes
- Eine klinisch/psychiatrische/psychologische Diagnostik, da viele Patienten mit Störungen der Geschlechtsidentität erhebliche psychopathologische Auffälligkeiten aufweisen.

Diese können der Geschlechtsidentitätsstörung vorausgegangen oder reaktiv sein oder gleichzeitig bestehen. Als wesentlicher Bestandteil wird die klinisch/psychiatrisch /psychologische Diagnostik genannt, die folgende Beurteilungen beinhalten muß:

- 1) Strukturniveau der Persönlichkeit und deren Defizite
- 2) Das psychosoziale Funktionsniveau
- 3) Neurotische Dispositionen bzw. Konflikte
- 4) Abhängigkeiten/Süchte
- 5) Suizidale Tendenzen (selbstbeschädigendes Verhalten)
- 6) Paraphilien/Perversionen
- 7) Psychotische Erkrankungen
- 8) Hirnorganische Störungen
- 9) Minderbegabungen

Hinsichtlich der psychotherapeutischen Begleitung wird gefordert, daß:

"die Psychotherapie neutral ist gegenüber dem transsexuellem Wunsch. Sie hat weder das Ziel dieses Bedürfnis zu forcieren, noch es aufzulösen (auch wenn es zu einer Auflösung des transsexuellen Wunsches kommen kann). Darüberhinaus soll sie dazu dienen, die Diagnose 'Transsexualität' zu sichern. Zusammen mit dem Alltagstest soll die Psychotherapie den Betroffenen dazu verhelfen, die adäquate individuelle Lösung für ein spezifisches Identitätsproblem zu finden. Sie soll eine Bearbeitung relevanter psychischer Probleme des Patienten ermöglichen".

Vor organmedizinischen Maßnahmen sollten innerhalb der ambulanten Psychotherapie die innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung, die Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen erreicht sein. Um dieses Ziel zu erreichen, wird eine besondere psychodiagnostische, psychopathologische und psychotherapeutische Kompetenz und entsprechende Ausbildung des Therapeuten verlangt und ein aktueller Kenntnisstand der spezifischen Probleme der Transsexualität, wobei Frequenz und Dauer der Psychotherapie der Patient und der Therapeut gemeinsam festlegt.

Eine besondere Schwierigkeit der Psychotherapie ist, daß viele Betroffene eine Entwicklung hinter sich haben, die zu einer nahezu wahnhaften Gewißheit geführt hat, im "falschen" Geschlecht geboren worden zu sein. Diese Gewißheit steht der Einsicht entgegen, einen weiteren diagnostisch-therapeutischen Prozeß zuzulassen. So steht der Therapeut von Beginn an vor der besonderen Problematik, eine Psychotherapie bei einem nicht motivierten Patienten durchzuführen, im Gegensatz zur geforderten Motivation und Umstellungsfähigkeit, die Grundlage und Voraussetzung zur Psychotherapie mit anderer Indikationsstellung ist. Hier ist in besonderem Maße die therapeutische Zugänglichkeit zu erlangen, um die Zielkriterien zu erreichen. Zu Beginn der Behandlung ist darüberhinaus mit dem Patienten zu klären, ob der Psychotherapeut aus therapieimmanenten Gründen Indikationsstellungen und/oder Begutachtungen übernimmt oder nicht, somit diese durch einen anderen Arzt/Psychologen übernommen werden, oder der Psychotherapeut sich sowohl an der Indikationsstellung zur Hormonbehandlung und zur Transformationsoperation als auch an der Begutachtung im Rahmen des TSG beteiligt. (Verweis auf Kapitel 5)

Da nach Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zwar eine Approbation vorliegt, jedoch eine Indikationsstellung somatischer Behandlungen und Überweisungen durch einen psychologischen Therapeuten nicht möglich sind, sind regelmäßige begleitende psychiatrische Konsultationen neben einer durch einen Psychologen durchgeführten Psychotherapie erforderlich.

Vor Durchführung einer Hormonbehandlung wird als Voraussetzung in den veröffentlichten "Standards" verlangt:

- 1) Die Psychotherapie erfolgt seit mindestens 1 Jahr kontinuierlich
- 2) Der Therapeut hat die diagnostischen Kriterien überprüft
- 3) Der Therapeut ist zu einem klinisch begründetem Urteil gekommen, daß bei dem Patienten die drei genannten Kriterien der Psychotherapie (die innere Stimmigkeit und

Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung, die Lebensbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlung) gegeben sind.

- 4) Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens 1 Jahr lang kontinuierlich erprobt (=Alltagstest).

Bei Vorliegen der Voraussetzungen erfolgt die Indikation zur somatischen Behandlung in Form einer schriftlichen Stellungnahme.

Eine Problematik stellt die eigenmächtige Beschaffung von gegengeschlechtlichen Hormonpräparaten dar, die oftmals vor Beginn der Psychotherapie in Eigenmedikation erfolgt, oder unkritisch von Ärzten verschrieben werden (Bosinski spricht hierbei vom "iatrogenem Transsexualismus"). Auch aus juristischer Sicht (P. Kanstein) wird hier die Frage aufgeworfen, ob die vom Gesetzgeber geforderte, frei (=hier von äußeren Zwängen) getroffene Willensentscheidung dann noch anzunehmen ist, oder hier bereits vorschnell eine Geschlechtsidentitätsstörung zum Transsexualismus eigenmächtig oder iatrogen vorgegeben wurde, oder eine hormonell bedingte Einflußnahme bereits erfolgt ist, so daß eine eigentliche Diagnose/Differentialdiagnostik nicht mehr möglich ist.

Bei vorliegendem Wunsch zur geschlechtsangleichenden Operation wird die Durchführung der ambulanten Psychotherapie bis zur Operation gefordert, wobei eine psychotherapeutische Weiterbetreuung nach der Operation empfohlen wird. Hierzu werden neben der Überprüfung der Diagnose folgende Voraussetzungen zu erfüllen sein:

- 1) Der Therapeut kennt den Patienten in der Regel mindestens seit 1 ½ Jahren
- 2) Der Patient hat das Leben in der gewünschten Geschlechtsrolle mindestens seit 1 1/2 Jahren kontinuierlich erprobt und
- 3) Der Patient wird seit mindestens 1/2 Jahr gegengeschlechtlich hormonell behandelt.

Das beinhaltet, daß eine gute Verträglichkeit der gegengeschlechtlichen Hormontherapie Voraussetzung ist, da eine weitere lebenslange gegengeschlechtliche Hormontherapie erfolgen muß. Fraglich bleibt hier die Operationsindikation bei hormoneller Unverträglichkeit, die in diesen Fällen nur partiell erfolgen kann.

Zur Indikationsstellung wird durch den qualifizierten Therapeuten eine Stellungnahme zu folgenden Punkten gefordert:

- 1) Der Therapeut soll nachvollziehbar darstellen, daß im Behandlungsverlauf die Diagnose der Transsexualität bestätigt wurde, d. h. daß es im Erleben zu einem stabilen Identitätsgefühl im anderen Geschlecht und im Verhalten zu einer dauerhaften Übernahme der anderen Geschlechtsrolle gekommen ist.
- 2) Der Patient soll in Erscheinungsbild, Verhalten, Erleben und Persönlichkeit charakterisiert werden.
- 3) Die biographische Anamnese soll mit Schwerpunkt auf den individuellen Gesamtverlauf der transsexuellen Entwicklung und den ihn beeinflussenden Faktoren in wesentlichen Aspekten dargestellt werden, ggf. unter Einbeziehung fremdanamnestischer Informationen.
- 4) Der Verlauf im Behandlungszeitraum mit Angabe von Behandlungsdauer und -frequenz soll unter Bezugnahme auf die Erkenntnisse aus dem "Alltagstest" dargestellt werden. Insbesondere soll angegeben werden wann mit dem Alltagstest begonnen wurde, ob und wann eine Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz beantragt oder schon erfolgt ist und zu welchen Veränderungen es in folgenden Bereichen gekommen ist:
 - Befinden und psychisches Gleichgewicht
 - Sicherheit in der Geschlechtsrolle
 - Sexualität, Beziehungen zu Partnern
 - Familie und Freunde
 - Arbeitsfähigkeit und Akzeptanz am Arbeitsplatz
- 5) Die körperlichen Gegebenheiten für das Leben in der anderen Geschlechtsrolle sollen geschildert werden. Angegeben werden soll, wie sich die Hormonbehandlung körperlich und psychisch ausgewirkt hat, wie der Patient die körperlichen Veränderungen bewertet und ggf. wie der Patient mit möglichen negativen Reaktionen der Umwelt auf sein Äußeres oder sein Verhalten umzugehen vermag.
- 6) Es soll beschrieben werden, ob sich der Patient realistisch mit der Operation und möglichen unerwünschten Folgen auseinandergesetzt hat, welche spezifischen Erwartungen an das Operationsergebnis für den Patienten im Vordergrund stehen (z. B. Aussehen, Funktion, Sexualität) und ob der Wunsch nach weiteren operativen Eingriffen besteht.
- 7) Es soll geklärt werden, warum der Patient ohne Operation auf Dauer unter einem Leidensdruck stehen würde.

- 8) Es soll eine Prognose gestellt werden, wie sich die Transformationsoperation auf die soziale Integration, Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Selbständigkeit wahrscheinlich auswirken wird.

Diesen Ausführungen liegt die veröffentlichte Arbeit der "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" 1998 zugrunde. Im August 1999, während der Jahrestagung der Harry Benjamin Foundation, erfuhren die zeitlichen Vorraussetzungen einen weitaus umfangreicheren Rahmen, die jedoch noch nicht veröffentlicht wurden. Insofern kommt dem Hinweis, daß die veröffentlichten "Standards" Mindestanforderungen darstellen, eine besondere Bedeutung zu.

Als wesentliche Wirkfaktoren einer prognostisch positiven Behandlung einer Geschlechtsidentitätsstörung, hat sich nach mehr als 80 Nachuntersuchungen und Sammelreferaten aus den Jahren 1961-1991 durch Pfäfflin und Junge (1992) herausgestellt:

- kontinuierlicher Kontakt mit einer Behandlungseinrichtung
- Leben in der anderen Geschlechtsrolle im sog. Alltagstest
- Hormontherapie
- Beratung, psychiatrische und/oder psychotherapeutische Behandlung
- chirurgische "geschlechtsangleichende" Eingriffe
- Qualität dieser Eingriffe
- juristische Anerkennung des Geschlechtswechsels durch Namens- und Personenstandsänderung.

2.5 Literatur

Banaski, D.: Geschlechtsumwandlung - Die leidige Kostenfrage

in: psycho 24, 1998, Sonderausgabe II/98, S. 84 - 88

Becker, H. und U.Hartmann: Geschlechtsidentitätsstörungen und die
Notwendigkeit der klinischen Perspektive

in: Fortschr.Neurol.Psychiat. 62, 1994, S. 290 - 305

Becker, S. et al.: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen

in: psycho 24, 1998, Sonderausgabe II/98, S. 89 - 93

Bosinski, H.A.G.: Zur Klassifikation von Geschlechtsidentitätsstörungen bei Männern

in: Sexuologie 4 (1), 1994, S. 195 - 211

Bosinski, H.A.G.: Sexualmedizinische Untersuchungen zu Ursachen und Verlauf transsexueller
Geschlechtsidentitätsstörungen

Habilitationsschrift 1996, vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-
Universität zu Kiel

Bosinski, H.A.G.: Nosologie der Geschlechtsidentitätsstörungen – Historischer Hintergrund und
aktuelle Klassifikationssysteme

in: Sexuologie 2 (3), 1996, S. 92 - 105

Bosinski, H.A.G. et al.: Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller

in: Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 11, 18.03.94 (17)

Clement,U. und W.Senf (Hrsg.): Transsexualität – Behandlung und Begutachtung

Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1996

Eicher, W.: Transsexualismus

in: MMW 134, 1992, S. 591 - 594

Eicher, W.: Transsexualismus

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York, 2. Auflage, 1992

Kanstein, P.: Gutachten nach dem Transsexuellengesetz: Die Perspektive der Richter
in: Clement, U. und Senf, W. (Hrsg.): Transsexualität - Behandlung und Begutachtung
Schattauer Verlag, Stuttgart, New York, 1996, S. 88-93

Kockott, G.: Transsexualität - wann ist die Transformationsoperation indiziert?
in: MMW - Fortschr. Med. 141, 1999, S. 302 - 304

Money, J.: Zur Geschichte des Konzepts Gender Identity Disorder
in: Zeitschr. Sexualforschung 7, 1994, S. 20 - 34

Pfäfflin, F.: Transsexualität – Beiträge zur Psychopathologie, Psychodynamik und zum Verlauf
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1993

Pfäfflin, F.: Begutachtung der Transsexualität
in: Venzlaff, U. und K. Foerster (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung
Urban & Fischer Verlag, München, Jena, 2000

Rauchfleisch, U. et al.: Resultate einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen
in: Der Nervenarzt 69, 1998, S. 799 - 805

Schlatterer, K., T.Bronisch und G.K. Stalla: Transsexualität – eine multidisziplinäre Problematik
in: MMW - Fortschr. Med. 32, Nr. 23/1999, S. 296 - 300

Sigusch, V.: Leitsymptome transsexueller Entwicklungen, Wandel und Revision
in: Deutsches Ärzteblatt 91, Heft 20, 20.05.94 (33)

Sigusch, V.: Transsexualismus
in: Der Nervenarzt 11, 1997, S. 870 - 877

Vogt, H.-J. et al.: Zusatzbezeichnung „Sexualmedizin“ – Bedarfsanalyse und Vorschläge für
einen Gegenstandskatalog
in: Sexuologie 2 (2), 1995, S. 65 - 89

3. Körperliche Behandlung

3.1 Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Der Text dieses Kapitels wurde von Prof. Dr. Louis J.G. Gooren zur Verfügung gestellt. Das Original „Hormonal Sex Reassignment“ erschien in „The International Journal of Transgenderism“ und wurde von Frau Dr. Bauer für diese Arbeitshilfe übersetzt.

Abstract

Der Autor wertet die relevante aktuelle Literatur zu diesem Thema aus. Er legt darüber hinaus konkrete Behandlungsempfehlungen für Mann-zu-Frau-Transsexuelle mit Östrogenen und Antiandrogenen dar. Er beleuchtet dabei insbesondere Nebenwirkungen und Komplikationen wie venöse Thrombose, Brustkrebs bei Individuen mit belastender Familienanamnese und das seltene Auftreten prolaktinproduzierender Tumore.

Außerdem wird eine sorgfältige Auswertung zur Androgengabe bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen vorgelegt, die auf das Ausbleiben der Menstruation und die Ausbildung eines männlichen Behaarungsmusters eingeht. Kontraindikationen zur Anwendung von Sexualsteroiden in hoher Dosierung bestehen bei ernsthaften Erkrankungen der Leber, des Herz-Kreislaufsystems sowie zerebrovaskulären und thromboembolischen Vorerkrankungen, bei ausgeprägtem Übergewicht und schlecht eingestelltem Diabetes mellitus.

Zum Schluss werden auch die schwierigen arztrechtlichen Belange bei juveniler Transsexualität behandelt. Anstelle einer Behandlung mit gegengeschlechtlichen Sexualsteroiden empfiehlt der Autor die hormonelle Verzögerung des Pubertätsbeginns bis zu einem Alter, das eine verantwortliche Entscheidung erlaubt.

Geschlechtsangleichende Hormontherapie

Wesentliches Anliegen einer geschlechtsangleichenden Hormontherapie für Transsexuelle ist die Aneignung der sexuellen Attribute des Gegengeschlechts in weitestmöglichem Ausmass. Sekundäre Geschlechtsmerkmale bilden sich in Abhängigkeit von Sexualsteroiden aus. Ein grundsätzlicher Unterschied in der Empfindlichkeit für die biologische Wirkung von Sexualsteroiden in Abhängigkeit von der genetischen Anlage oder des Gonadalstatus ist

nicht bekannt. Erwachsene Transsexuelle, die eine Geschlechtsangleichung anstreben, haben den Nachteil, dass in ihrem Alter die hormonelle Geschlechtsdifferenzierung nach männlichem oder weiblichem Muster bereits in normalem durchschnittlichem Ausmass stattgefunden hat. Leider ist die Auslöschung dieser hormonell induzierten Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale des Ursprungsgeschlechts selten vollständig.

Bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen können die vorangegangenen Wirkungen der Androgene auf den Knochenbau (die durchschnittlich höhere Körpergrösse, die Grösse und Form der Hände, Füsse oder Wangenknochen und das typisch männliche Becken) nicht durch eine Hormonbehandlung rückgängig gemacht werden. Gleichsinnig gilt, dass die relativ geringere Körpergrösse von Frau-zu-Mann-Transsexuellen im Vergleich zu Männern und der breitere Hüftgürtel sich nicht unter Androgenbehandlung ändern werden. Diese Merkmale sind bei den Geschlechtern mit einem hohen Mass an Überschneidungen zu eigen, so dass bei einigen Transsexuellen Eigenschaften des Geburtsgeschlechts sichtbarer bleiben als bei anderen.

Geschlechtsangleichende Hormontherapie hat folglich zwei Ziele:

1. So weit wie möglich die hormonell induzierte Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale des Geburtsgeschlechts zu beseitigen und
2. die des gewünschten neuen Geschlechts herbeizuführen.

Der/die typische Transsexuelle ist meistens ein recht junger und gesunder Mensch, deswegen sind absolute oder relativ Kontraindikationen gegen die Verabreichung gegengeschlechtlicher Hormone selten. Kontraindikationen gegen den Gebrauch von Östrogenen sind eine erhebliche familiäre Belastung mit Brustkrebs oder die Existenz eines prolaktinproduzierenden Hypophysentumors und gegen den Einsatz von Androgenen ernsthafte Fettstoffwechselstörungen mit kardiovaskulären Komplikationen. Kontraindikationen gegen eine Hochdosistherapie mit Sexualsteroiden überhaupt sind ernsthafte kardiovaskuläre, zerebravaskuläre und thromboembolische Erkrankungen, ausgeprägtes Übergewicht, schlecht eingestellter Diabetes und ernsthafte Lebererkrankungen (Fettleber).

Es ist empfehlenswert, die Einnahme von Sexualsteroiden 3 bis 4 Wochen vor jeglichem elektiven operativen Eingriff abzusetzen. Immobilisierung ist ein Risikofaktor für Thrombose und Sexualsteroiden können das Risiko für Thromboembolien erhöhen. Sobald die Patienten wieder vollständig mobilisiert sind, kann die Hormontherapie wieder angesetzt werden.

3.1.1 Mann-zu-Frau-Transsexuelle

Für Mann-zu-Frau-Transsexuelle ist die Beseitigung der männlichen Behaarung und die Induktion des Brustwachstums essentiell (Asschemann & Gooren, 1992; Futterweit, 1998; Schlatterer et al., 1998). Um beides zu erreichen, ist eine fast vollständige Reduktion der Androgenwirkung erforderlich. Die Verabreichung von Östrogen allein supprimiert die Gonadotropinausschüttung und damit auch die Androgenproduktion, aber eine Doppeltherapie mit zwei Komponenten – die eine zur Suppression der Androgenwirkung und die andere mit Östrogeneffekt – ist wahrscheinlich wirksamer. Eine Reihe von Wirkstoffen sind verfügbar, um die Androgenwirkung aufzuheben. In Europa ist die gebräuchlichste Substanz Cyproteronazetat, ein Gestagen mit antiandrogenen Eigenschaften. Die übliche Anfangsdosis ist 100 mg pro Tag. Später, wenn der Testosteronspiegel wirksam supprimiert ist, kann die Dosis auf 50 mg pro Tag reduziert werden. Falls nicht vorhanden, ist Medroxyprogesteronazetat, 5-10 mg pro Tag, vermutlich etwas weniger wirksam, eine Alternative.

Nicht-steroidale Antiandrogene, wie Flutamid und Nilutamid sind auch gebräuchlich, aber diese Substanzen erhöhen die Gonadotropinausschüttung mit einem Anstieg von Testosteron und Östradiol; letzteres ist ein in diesem Kontext erwünschter Effekt.

Spirolacton, ein Diuretikum mit antiandrogenen Eigenschaften, wirkt ähnlich. Auch LHRH (Ant)agonisten als monatlich zu applizierende Injektionen können in Erwägung gezogen werden, aber diese Substanzen werden selten benutzt. Finasterid, 1 mg, derzeit bei androgenetischer Alopezie auf dem Markt, kann versucht werden.

Finasterid hemmt die Umwandlung von Testosteron in Dihydrotestosteron, das für das männliche Behaarungsmuster verantwortliche Androgen. Aber bislang gibt es keine Studien für dessen Anwendung bei Transsexuellen und es muss daran erinnert werden, dass diese Substanz in alleiniger Anwendung den Testosteronspiegel de facto erhöht. Es gibt eine grosse Auswahl an Östrogenen. Ethinylöstradiol oral, 50 bis 100 µg pro Tag, ist ein wirksames und preiswertes Östrogen. Es kann venöse Thrombosen verursachen, insbesondere bei über 40-Jährigen. Für diese und Patienten mit Risikofaktoren für Thrombose stellt die transdermale Östrogenapplikation (100 µg 17-Östradiol) zweimal in der Woche eine Alternative dar. Es ist aber weniger wirksam als Ethinylöstradiol. Viele Transsexuelle bevorzugen injizierbare Östrogene; diese bewirken hohe Spiegel zirkulierender Östrogene mit möglichen Nachteilen und sie tragen ein hohes Risiko auf Überdosierung, zu welcher nicht wenige Transsexuelle geneigt sind. Falls ein Notfall auftritt, der das Aussetzen einer Östrogenstimulation wünschen liesse, ist es nicht möglich, die Langzeitwirkung der Depotform injizierter Östrogene los zu werden.

Zu den Wirkungen dieser Doppeltherapie:

Der männliche Bartwuchs Erwachsener ist sehr widerstandsfähig gegen die beschriebene Hormonbehandlung. Deswegen sind bei Weissen häufig zusätzliche Massnahmen nötig, um das Gesichtshaar zu entfernen. Die Sexualbehaarung an anderen Körperstellen spricht besser an. Das Brustwachstum setzt fast sofort nach Beginn der Einnahme gegengeschlechtlicher Hormone ein und durchläuft dabei Phasen des Wachstums und des Stillstandes. Androgene haben eine hemmende Wirkung auf das Brustwachstum und deswegen sind Östrogene besonders effektiv bei niedrigen Androgenspiegeln. Nach zweijähriger Hormoneinnahme ist ein weiteres Brustwachstum nicht mehr zu erwarten.

Es ist von der Grösse her befriedigend für 40 bis 50 % der Patienten, die verbleibenden 50 bis 60 % halten ihr Brustwachstum für unzureichend. Die erreichte Grösse ist oft unproportional im Verhältnis zur männlichen Thoraxbreite und Körpergrösse, und eine Aufbauplastik wird angestrebt.

Höheres Alter verhindert auch volles Brustwachstum. Androgenentzug führt zu einer verringerten Aktivität der Talgdrüsen, was zu trockener Haut oder brüchigen Nägeln führen kann. Subkutane Fettdepots nehmen zu und nach Androgenentzug fällt der Anteil an muskulärer Körpermasse um etwa 4 kg.

Aber meist steigt das Körpergewicht. Ohne gonadotrope Stimulation atrophieren die Hoden und können in den Leistenkanal eintreten, was Beschwerden verursachen kann.

Nach geschlechtsangleichender Operation einschliesslich Orchidektomie muss die Hormontherapie auf Dauer beibehalten werden. Manche Patienten erleben weiterhin ein anhaltendes Wachstum männlicher Körperbehaarung; hier scheinen Antiandrogene wirksam zu sein, wobei die Dosis reduziert werden kann (z.B. Cyproteronazetat , 10 mg pro Tag).

Dauerhafte Östrogeneinnahme ist erforderlich, um Symptome eines Hormonmangels zu vermeiden und – sehr wichtig – einer Osteoporose vorzubeugen .

3.1.2 Frau-zu-Mann-Transsexuelle

Androgeneinnahme kann den Stoffwechsel der Brustdrüse reduzieren, nicht aber deren Grösse. Das Ziel einer Androgenverordnung besteht darin, die Menstruation zu beseitigen, da diese als lästig empfunden wird, und ein männliches Behaarungsmuster sowie eine männliche Figur herbeizuführen (Asschemann & Gooren, 1992; Futterweit, 1998; Schlatterer et al., 1998). Meistens kann dies durch die Verabreichung von Testosteronestern, parenteral, in einer Dosierung von 200 bis 250 mg alle 2 Wochen, erreicht werden. Mitunter hört die Menstruationsblutung unter diesem Schema nicht auf und die zusätzliche Gabe einer Ge-

stagenkomponente ist nötig (Medroxyprogesteronazetat 5 oder 10 mg oral). Wenn andere androgene Substanzen benutzt werden (oral oder transdermal), ist die zusätzliche Gabe eines Gestagens fast immer erforderlich. Die Ausbildung der Behaarung folgt im wesentlichen dem bei pubertierenden Knaben zu beobachtenden Muster: erst die Oberlippe, dann das Kinn, dann die Wangen usw. Das Ausmaß der Behaarung kann meist entsprechend dem Ausmaß und Muster männlicher Mitglieder derselben Familie vorhergesagt werden. Dasselbe gilt für das Auftreten einer androgenetischen Alopezie. Eine tiefere Stimmlage tritt bereits nach 6 bis 10 Wochen Androgeneinnahme auf und ist irreversibel. Androgeneinnahme führt zu einer Abnahme des subkutanen Fettgewebes, erhöht aber die abdominale Fettspeicherung. Die Zunahme muskulärer Körpermasse aufgrund des anabolen Effektes der Androgene beträgt 4 kg, aber meist ist die Gewichtszunahme grösser. Nebenwirkungen sind minimal. In etwa 40 % kann das Auftreten einer Akne beobachtet werden, überwiegend auf dem Rücken wie bei hypogonadalen Männern, die nach dem Alter der normalen Pubertät mit einer Androgenbehandlung beginnen (van Kesteren et al., 1997). Dies kann gewöhnlich mit einer gebräuchlichen Antiaknebehandlung kuriert werden. Eine Klitorisvergrößerung findet bei allen statt, aber in unterschiedlichem Ausmass. Für einige wenige Patienten reicht die Grösse aus, um vaginalen Geschlechtsverkehr mit einem Partner zu vollziehen. Die meisten bemerken eine Steigerung der Libido. Die Ovarien verändern sich polycystisch. Nach einer geschlechtsangleichenden Operation, incl. Ovariectomie muss die Androgenmedikation beibehalten werden, um der Symptomatik von Hormonmangel und Osteoporose vorzubeugen (van Kesteren et al., 1998). Das Absetzen der gegengeschlechtlichen Hormone nach chirurgischer Angleichung an das Wunschgeschlecht führt zu einem Verlust der Knochendichte. Unsere Studie zeigte, dass der Serumspiegel des luteinisierenden Hormons (LH) als Prädiktor für eine Knochendichteminderung am besten geeignet ist. Ein höherer LH-Wert war als Indikator für eine ungenügende Suppression durch das verabreichte gegengeschlechtliche Hormon mit einem höheren Ausmass von Knochendichteminderung für beide Zielgeschlechter assoziiert.

3.1.3 Nebenwirkungen

(Gegengeschlechtliche) Hormonverabreichung kann mit einer Reihe von Nebenwirkungen verknüpft sein. Ein kürzlich veröffentlichter Übersichtsartikel, der über 816 Mann-zu-Frau-Transsexuelle und 293 Frau-zu-Mann-Transsexuelle berichtet (zusammen 10.152 Personennjahre), konnte nachweisen, dass die gegengeschlechtliche Hormongabe durch einen umsichtigen ärztlichen Experten in Hinblick auf die Bedürfnisse Transsexueller eine Massnah-

me mit ausreichender Sicherheit ist (van Kesteren et al., 1997; Futterweit, 1998; Schlatterer et al., 1998). Die Mortalität war gegenüber einer Kontrollgruppe nicht erhöht. Venöse Thrombosen und Lungenembolien konnten in der Gruppe der Mann-zu-Frau-Transsexuellen, die mit oralen Östrogenen behandelt wurden, beobachtet werden (Inzidenz: 2 - 6 %). Diese Ereignisse traten hauptsächlich im ersten Jahr der Östrogeneinnahme auf und waren vorwiegend bei Personen über 40 Jahre zu beobachten (van Kesteren et al., 1997). Diese Altersgruppe wie auch Patienten mit Risikofaktoren sollten mit transdermalen Östrogenen behandelt werden, für die sich in den oben genannten Verlaufsbeobachtungen fast nie eine Assoziation mit venöser Thrombose ergab.

Unter hochdosierter Östrogengabe steigt das Serumprolaktin, manchmal begleitet von einer Hypophysenvergrößerung. Dies geschieht eindeutig dosisabhängig und ist reversibel bei Dosisreduktion. In der Literatur wird über zwei Fälle mit Prolaktinom nach hochdosierter Östrogengabe berichtet (s. in: van Kesteren et al., 1997). Obwohl diese beiden Patienten normale Serumprolaktinspiegel vor der gegengeschlechtlichen Hormoneinnahme hatten, bleibt offen, ob sie empfindlicher in dieser Hinsicht als andere reagiert haben, die gleich hohe Östrogendosen anwandten, aber keine tumorös-autonome Prolaktinproduktion entwickelten. Im allgemeinen gilt, dass es kein signifikantes Risiko auf Induktion eines Hypophysentumors gibt, so lange die verordneten Dosierungen bei der Östrogeneinnahme beachtet werden. Es gibt zwei Berichte von Mann-zu-Frau-Transsexuellen mit Brustkrebs unter Östrogenmedikation (s. in: van Kesteren et al., 1997).

In der oben genannten Beobachtungsstudie trat kein Fall auf, aber die Brust(selbst)untersuchung muss Bestandteil der ärztlichen Nachsorge bei gegengeschlechtlicher Hormongabe sein, nach den Leitlinien gynäkologischer Früherkennungsuntersuchungen. Als Zufallsbefund konnte ein Mammakarzinom im Restdrüsengewebe nach Mastektomie bei einer Frau-zu-Mann-Transsexuellen verifiziert werden.

Drei Fälle von Prostatakarzinom bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen unter Östrogenbehandlung wurden gemeldet (s. in: van Kesteren et al., 1997; van Haarst et al., 1998). Unklar bleibt, ob diese Karzinome östrogenabhängig entstanden sind oder ob sie bereits vor Beginn der Östrogenmedikation vorhanden waren und darüber zu hormonunabhängigen Karzinomen geworden sind. Da dieser Krestyp in dieser Patientengruppe unerwartet auftritt, kann die Diagnose sich verzögern.

Wir haben kürzlich ein Ovarialkarzinom bei einer Frau-zu-Mann-Transsexuellen unter Langzeittestosteronbehandlung und einen Borderline-Ovarialtumor bei einem weiteren Patienten beobachtet, der seit etwa 1 Jahr Androgene bekam. Die Eierstöcke bei Frau-zu-Mann-Transsexuellen zeigen unter Androgengabe Strukturähnlichkeiten wie bei

Transsexuellen zeigen unter Androgengabe Strukturähnlichkeiten wie bei polycystischen Ovarien, die ebenfalls häufiger bösartige Gewebeveränderungen ausbilden. Folglich erscheint es empfehlenswert, die Eierstöcke der Frau-zu-Mann-Transsexuellen unter Androgenmedikation nach erfolgreichem Übergang in die männliche Rolle zu entfernen.

3.1.4 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Sowohl Prävalenz wie Inzidenz der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen erhebliche Unterschiede in der Geschlechtsverteilung; das kann an Faktoren wie Lebensstil, Genetik oder Alterungsgeschwindigkeit liegen, aber traditionell wurden hormonelle Unterschiede mit grosser Sorgfalt untersucht, vermutlich weil sie sich gut mit anderen Laborparametern wie Lipiden, Gerinnungs- bzw. Fibrinolysefaktoren, vasoaktiven Substanzen, der Insulinresistenz etc. verknüpfen lassen. Die letztgenannten Variablen erwiesen sich in epidemiologischen Studien als kardiovaskuläre Risikofaktoren. Es bleibt allerdings zu beweisen, inwieweit diese isolierten Laborwerte als valide Marker für kardiovaskuläre Risiken taugen. Das Bild, das sich derzeit abzeichnet, sieht so aus, dass Östrogene protektiv und/oder Androgene schädlich für kardiovaskuläre Erkrankungen sind (Futterweit, 1998). In Hinblick auf die geschlechtsspezifische Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen sind diese Studien primavista recht überzeugend, aber nur prospektive Langzeitstudien an Transsexuellen mit krankheitsspezifischen klinischen Endpunkten (kardiovaskuläre Morbidität/Mortalität) können zuverlässig Zusammenhänge beweisen. In unseren Untersuchungen an Frau-zu-Mann-Transsexuellen unter Androgen waren die Wirkungen auf kardiovaskuläre Risikofaktoren, die innerhalb der ersten 12 Monate gemessen wurden, relativ harmlos. Falls es einen Kausalbezug zwischen Androgenexposition und kardiovaskulärer Erkrankung gibt, so geht dieser vielleicht auf eine längerfristige Einnahme zurück oder hängt mit indirekten Androgenwirkungen zusammen. Aber in unserer Langzeit-Nachsorgestudie an Transsexuellen (van Kesteren et al., 1997) gab es keine klaren Hinweise darauf, dass Langzeitmedikation mit Androgenen die Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen erhöht.

Ebensowenig liess sich erkennen, dass Östrogene bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen eine eindeutige Schutzwirkung entfalten.

3.1.5 Geschlechtsidentitätsstörungen bei Jugendlichen

Erwachsene Transsexuelle erinnern sich häufig daran, dass ihr Unbehagen im Geburtsgeschlecht schon früh im Leben auftrat, weit vor der Pubertät. Kindern mit Geschlechtsidentitätsstörungen wird zunehmend mehr Aufmerksamkeit im psychomedizinischen Versorgungssystem zuteil. Bisher ist aber der Kenntnisstand ungenügend, ob aus allen Kindern mit nicht-geschlechtskonformem Verhalten im späteren Leben tatsächlich Transsexuelle werden. Einige Studien über nicht-geschlechtskonformes Verhalten präpubertärer Kinder lassen eher darauf schließen, dass Homosexualität resultiert.

Wenn sich aber, nach Einschätzung eines Experten, ihre gegengeschlechtliche Identifizierung in der langfristigen Verlaufsbeobachtung nicht ändern sollte, könnte ihnen der Leidensweg durch die Pubertät mit Ausbildung sekundärer Merkmale des Geschlechts, das sie nicht als das ihre betrachten, erspart werden. GnRH Antagonisten/Agonisten als Depotpräparate können hier bei klaren Anzeichen sexueller Reifung eingesetzt werden, um die pubertäre Entwicklung bis zu einem Alter hinauszuzögern, mit welchem eine ausgewogene und verantwortliche Entscheidung getroffen werden kann (Gooren & Delemarre – van de Waal, 1996). Weniger ideal ist der Einsatz von Medroxyprogesteronacetat oder Cyproteronacetat bei Knaben.

3.1.6 Literatur

Asscheman, H. and L.J.G. Gooren: Hormone treatment in transsexuals

in: Journal of Psychology & Human Sexuality 5, 1992, p. 39-54

Gooren, L.J.G. and Delemarre-van de Waal: Memo on the feasibility of endocrine interventions in juvenile transsexuals

in: Journal of Psychology & Human Sexuality 8, 1996, p. 69-74

Futterweit, W.: Therapy of transsexualism and potential complications

in: Archives of Sexual Behavior 27, 1998, p. 209-226

Schlatterer, K. et. al.: A follow-up study estimating the effectiveness of a cross-gender hormone substitution therapy on transsexual patients

in: Archives of Sexual Behavior 27, 1998, p. 475-492

Van Haarst, E.P. et al.: Metastatic prostate carcinoma in a male-to-female transsexual

in: British Journal of Urology 81, 1998, p. 776

Van Kesteren, P. et al.: Side effects of cross-sex hormone administration in transsexuals

in: Clinical Endocrinology 47, 1997, p. 337-342

Van Kesteren, P. et al.: Longterm follow-up of bone mineral density in transsexuals treated with cross-sex hormones

in: Clinical Endocrinology 48, 1998, p. 347-354

3.2 Operative Therapie

3.2.1 Einsatzgebiete und Möglichkeiten operativer Korrekturen

Bei neurologisch-psychiatrisch gekläarter Diagnose der manifesten Transsexualität besteht auf Patientenseite in nahezu allen Fällen der dringliche Wunsch nach einer körperlichen Angleichung an das gelebte Geschlecht. In den letzten Jahren wurden bei steigender Fallzahl auch als Folge des gesellschaftlichen Wandels die angewandten operativen Verfahren zur Geschlechtsumwandlung einschließlich der genitalen Transformation stetig weiterentwickelt und verfeinert. In den wesentlichen Abläufen, im grundsätzlichen operativen Vorgehen sind alle derzeit in Deutschland im Vertragsbereich angewandten Operationsmethoden ähnlich. Sie differieren nur in Einzelaspekten, hinsichtlich der Sorgfalt sowohl bei der Ausführung der Operationen als auch im Rahmen der postoperativen Nachsorge. Insofern ergeben sich schon qualitative Unterschiede in Bezug auf das Operationsergebnis und zeitliche, was die Operationsdauer anbetrifft (3 bis 8 Stunden). Eine grundsätzlich überlegene Operationsmethode ist bei gleichartigen Risiken und Kontraindikationen aller angewandten Verfahren nicht zu benennen. Ein Ranking der Operationsmethoden oder der Operateure ist nicht möglich.

Bei gegebener Voraussetzung der manifesten Transsexualität besteht Leistungspflicht der GKV für folgende Eingriffe:

Mann-zu-Frau

- Angleichung des Genitalbereiches durch hohe Ablatio testis, totale Resektion der Corpora cavernosa, Schaffung einer Neoklitoris und Neovagina bei Reinsertion des Meatus urethrae
- die Elektroepilation

Frau-zu-Mann

- Mastektomie beidseits
- (vaginale) Hysterektomie unter Mitnahme der Adnexen, Vaginektomie¹ mit nachfolgender Phalloplastik unter Einbeziehung einer Harnröhrenverlängerung, zusätzlich Skrotalplastik mit bilateraler Hoden- und späterer Penisprothesenimplantation.

¹ Einige Operationsverfahren benötigen zur endgültigen Harnröhrenbildung im Rahmen der Phalloplastik einen Vaginallappen. Dann ist eine vorausgehende Vaginektomie **nicht** angezeigt.

Die vorgenannten Operationsverfahren können zur Anwendung kommen. Neben der in den gesetzlichen Regelungen geforderten Kastration besteht jedoch keine zwingende Verpflichtung des Patienten, alle darüber hinausgehenden Operationen vornehmen zu lassen.

Nur bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen unter strenger Indikationsstellung können in den Leistungsbereich der GKV fallen:

Mann-zu-Frau

- die Augmentation der Mammae
- die operative Stimmhöhenkorrektur
- die Kehlkopfplastik
- die (Elektro-) Epilation

Die in die grundsätzliche Leistungspflicht fallenden Behandlungsmethoden werden im nachfolgenden nur kurz skizziert. Verfahren mit zu prüfender Indikation werden ausführlicher erläutert.

Zu bedenken ist auch bei der Begutachtung stets, daß es sich um verstümmelnde, zumeist unumkehrbare Eingriffe handelt.

3.2.2 Kontraindikationen operativer Verfahren

Naturgemäß gibt es bei jeder Operation Kontraindikationen. Diese werden im jeweiligen Kapitel benannt. Im übrigen sind bezüglich der Abschätzung des intra- und postoperativen Risikos die gleichen Maßstäbe anzulegen wie für andere, nicht lebensnotwendige oder zwingend indizierte Operationen.

Eine relative Kontraindikation stellt das Lebensalter des Patienten dar. Unterhalb von 21 Jahren ist aus psychiatrischer Sicht und oberhalb von 60 Jahren aus chirurgischen Gründen wegen der dann deutlich erhöhten Komplikationsgefahr der Operationswunsch sehr kritisch zu werten.

Kontraindiziert sind chirurgische Verfahren zur Geschlechtsanpassung bei Transsexualität insbesondere auch bei Patienten mit manifesten neurotisch-psychiatrischen Erkrankungen.

3.2.3 Operative Verfahren

Nach dem Wortlaut des § 8 Abs. 1 Nr. 3 und 4 TSG wird vor Durchführung der Personenstandsänderung sowohl die Herbeiführung lebenslanger Fortpflanzungsunfähigkeit wie auch ein die äußeren Geschlechtsmerkmale verändernder operativer Eingriff vorausgesetzt. Eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechtes soll erreicht werden. Gemäß §§ 9 Abs. 3, 4 Abs. 3 TSG ist diese gesetzliche Forderung Gegenstand der Begutachtung durch zwei Sachverständige. Eine Graduierung bzw. Benennung von Mindestanforderungen findet sich im Gesetzestext nicht. Danach kann nach geltender Rechtsprechung die Entfernung der primären Geschlechtsorgane für die gerichtlich festzustellende Personenstandsänderung genügen. Insbesondere wird das volle Ausschöpfen eines operationstechnisch möglichen Maximums an Eingriffen nicht verlangt².

3.2.3.1 Mann-zu-Frau Transsexualität

3.2.3.1.1 Brustchirurgie

Durch die gegengeschlechtliche hormonelle Vorbehandlung wird in ca. 50 % der Fälle eine für die Patienten subjektiv ausreichende Entwicklung der Mammae erreicht. Mitunter setzt ein deutliches Brustwachstum auch erst nach Amputation der Testes ein. Anderenfalls kann bei ausbleibendem oder ungenügendem Brustwachstum nach mindestens 2-jähriger Hormontherapie eine Mammaaugmentationsplastik beidseits indiziert sein. Hierfür stehen mehrere etablierte Verfahren zur Verfügung. Zum Einsatz gelangen mit Kochsalzlösung oder Silikongel gefüllte Implantate. Die Umhüllung der Prothesen bestand früher aus mit Weichmachern versetzten Polyurethanen, heute werden zumeist oberflächenstrukturierte Silikonhüllen verwandt.

Einige Substanzen diffundieren wahrscheinlich allmählich in die Umgebung und provozieren nach Literaturangaben bei 5 bis 20 % der Patienten Kapselkapseln³.

Diese sind operativ zu beseitigen. Ein Prothesenwechsel im Sinne einer Neueinlage nach Explantation sollte wegen des Wiederholungsrisikos kritisch überdacht werden. Werden die Augmentate vom Körper toleriert, können moderne Produkte langjährig verbleiben.

² TSG = Transsexuellengesetz in der gültigen Fassung vom 01.01.1981, s. Anhang

³ Die eigentliche Ursache der Kapselkapsel ist ungeklärt. Eine „Fremdkörperreaktion“ ist nur ein Erklärungsmodell. Auch die Diffusion von Silikongel aus Silikonprothesen, nicht jedoch bei mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllten Prothesen (Silitec mit Fibrosierisiko unter 3%) wird diskutiert.

Über ein möglicherweise erhöhtes, aber bisher nicht nachprüfbar sicher basiert belegtes Risiko der Induktion einer Immunerkrankung bei Verwendung silikongelgefüllter Brusteinlagen sind die Patienten präoperativ aufzuklären⁴. Das Bundesinstitut für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte rät weiterhin von der Verwendung silikonenthaltender Materialien für ästhetisch motivierte Eingriffe ab.

Die erforderlichen operativen Eingriffe zur Brustvergrößerung sind in zahlreichen Vertragskrankenhäusern möglich. Es handelt sich um Routineeingriffe der plastischen Chirurgie bzw. der Gynäkologie.

Bei der gutachterlichen Stellungnahme sind die auch für biologische Frauen geltenden gutachterlichen Grundsätze im Sinne der gebotenen Gleichbehandlung anzuwenden.

3.2.3.1.2 Genitale Transformation

Ziel der genitalen Transformation ist die operative Angleichung an das gewünschte Geschlecht, wobei die amputierenden Maßnahmen einen irreversiblen Eingriff darstellen.

3.2.3.1.2.1 Amputation

Amputiert werden beide Hoden, die Penisschwellkörper werden in toto entfernt. Reseziert wird auch ein Teil der Scrotalhaut. Bei den meisten Operationsverfahren wird auch die Harnröhre auf ein weibliches Maß gekürzt, also der periphere Anteil der Harnröhre entfernt. Die erforderlichen operativen Schritte sind in der plastischen Rekonstruktion, der eigentlichen genitalen Transformation, beinhaltet und von dieser Operation zeitlich wie technisch nicht zu trennen. Die letztlich durchgeführte chirurgische Orchiectomie ist nicht umkehrbar.

⁴ Die EQUAM (European Committee on quality assurance and medical devices in plastic surgery) betont in ihrer „Konsensuserklärung zur Sicherheit von Brustimplantaten 04. Juli 1998“ die Ungefährlichkeit silikongefüllter Implantate. Die mögliche Fremdkörperreaktion sei nicht von im Zusammenhang mit Silikon eindeutig nachzuweisenden Immunerkrankungen getrennt zu betrachten.

3.2.3.1.2.2 Plastische Transformation

Durch die Operation sollen äußerlich ansprechende weibliche Genitalverhältnisse geschaffen werden. Die Bildung einer sensiblen Klitoris soll die Orgasmusfähigkeit begünstigen, weiter ist der Aufbau einer für den Sexualverkehr geeigneten Vagina erforderlich. Grundbedingung für dieses Ziel ist außer der Ablatio testis beidseits die vollständige Dissektion des Penis sowie die Schaffung einer sensiblen Klitoris aus der Glans Penis unter Erhaltung des neurovaskulären Bündels.

Nach Präparation der Loge für die Neovagina erfolgt deren Auskleidung mit der umgestülpten Penisschafthaut. Behaarte Skrotalhaut wäre hierfür nur nach Epilation geeignet. Sie wird vielmehr zu Bildung der großen Labien verwendet, wobei einige Operateure auf die Anlage der Labia minora verzichten. Eben oberhalb des Introitus vaginae wird an typischer Stelle der Meatus urethrae geschaffen. In den meisten Kliniken wird hierzu die Harnröhre auf ein weibliches Maß gekürzt, manchmal jedoch bei Belassung der ursprünglichen Länge lediglich durch Tunnelung verlegt. Abschließend (oft zweizeitig) werden der Mons pubis aufgebaut und der Damm auf 1-2 cm gekürzt.⁵ Es verbleibt die Prostata an angestammter Stelle, womit die Notwendigkeit späterer urologischer Vorsorgeuntersuchungen deutlich wird.

Das grundsätzliche operative Vorgehen ist den Abbildungen 4 bis 6 zu entnehmen

⁵ In Bezug auf die Notwendigkeit der Schaffung einer Neoklitoris gibt es unterschiedliche Auffassungen. Während die Mehrzahl der in diesem Bereich tätigen Operateure die Klitorisplastik als Bestandteil des Komplett Eingriffs betrachtet, wird dies von einer kleinen Gruppe negiert. In wenigen Fällen wird daher unter Verweis auf einen „überwiegend kosmetischen Aspekt“ der Klitorisanlage eine Zusatzvergütung vom Patienten oder von der Krankenversicherung gefordert.

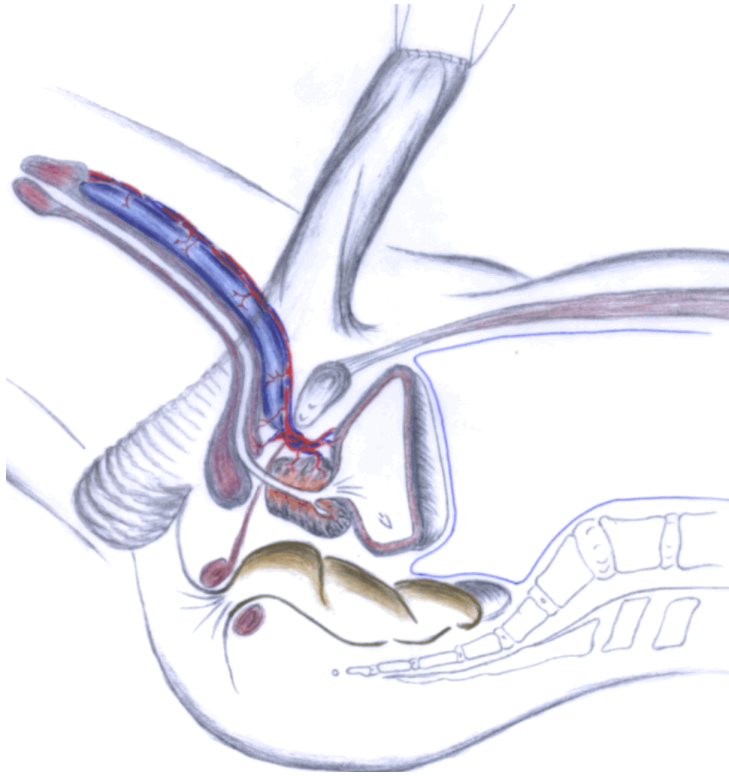


Abbildung 4: Zustand nach Ablatio testis bds., Isolierung des Penisschaftes aus seinem Hautmantel

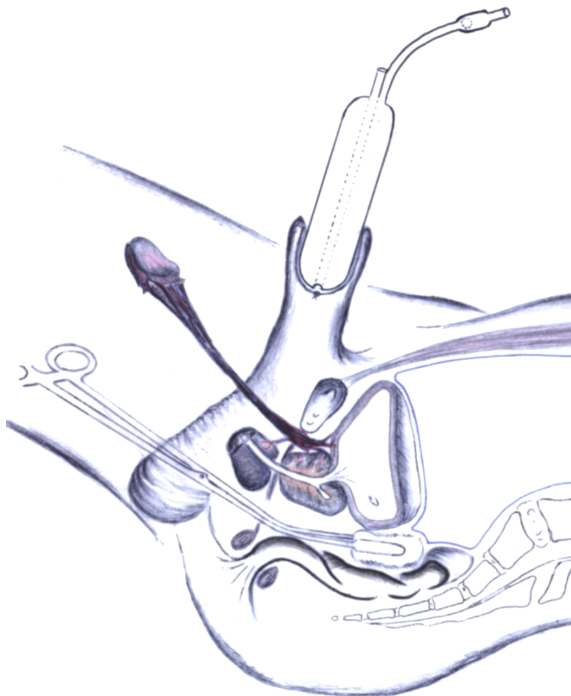


Abbildung 5: Zustand nach abgeschlossener Reduktion des männlichen Genitals. Gefäß-Nerven-Bündel und Glans sind isoliert. Die Harnröhre ist gekürzt, die Corpora cavernosa sind reduziert. In den eingestülpten Penis-hautschlauch wird der Stent eingeführt. Kornzange mit Tupfer markieren das ausgedehnte Spatium rectovesicale (Neovagina)

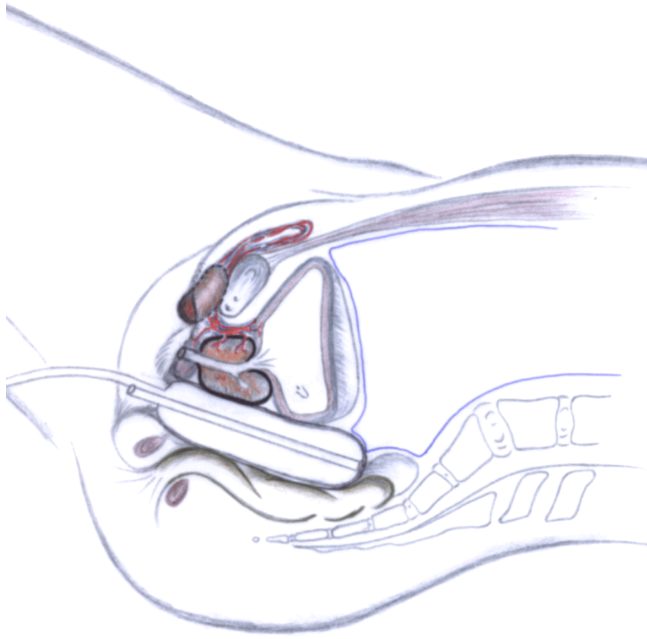


Abbildung 6: Querschnitt durch das transformierte Genitale mit liegendem Stent und verbliebener Prostata

(Abb. 4 bis 6 aus SPEHR, C.: Chirurgie des Transsexualismus in: SCHREITER, F. et al.: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie in der Urologie, Thieme-Verlag Stuttgart, New York 1999, S.451 bis 468)

In vielen Fällen besteht die Notwendigkeit der regelmäßigen und lebenslangen postoperativen Bougierung der Neovagina mittels Vibrator, Dildo o. ä. zur Prävention sonst häufiger narbiger Kontrakturen bis hin zum Vaginalverlust. Hierfür sind im einschlägigen Handel erhältliche Produkte ausreichend, Sonder- und Maßanfertigungen sind medizinisch nicht notwendig.

3.2.3.1.3 Stimmlagenkorrekturen

Durch die kontinuierliche Östrogentherapie bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen erfolgt keine Angleichung an eine „weibliche Stimmlage“. Der Östrogeneinfluß auf die Stimme ist eher unspezifisch und kann sich als diskrete Heiserkeit mit brüchiger, wenig trag- und steigerungsfähiger Stimme manifestieren. Es verbleibt für einen Teil der Patienten daher das Problem einer unverkennbar männlichen und mitunter stigmatisierenden Stimme bestehen. Übungsmethoden zur Anhebung der mittleren Sprechstimmlage haben sich therapeutisch nicht durchgesetzt, da unphysiologischer Stimmgebrauch resultieren würde.

Als operative Behandlungsverfahren zur Stimmerhöhung bei MzF-Transsexuellen kommen die Glottoplastik nach WENDLER und die Krikothyreoidopexie nach ISSHIKI in Frage.

Das Verfahren nach WENDLER beinhaltet die Entepithelisierung der Stimmlippen im vorderen Stimmlippendrittel mit anschließender Verklebung. Die daraus resultierende Verkürzung der schwingenden Stimmlippenanteile führt zur Erhöhung der Sprechstimme.

Bei der Technik nach ISSHIKI wird der Ringknorpel gegen die Unterkante des Schildknorpels gekippt und dort fixiert. Daraus resultiert ebenso wie bei der Kontraktion des Musculus Cricothyreoideus eine Erhöhung der Stimmlippenspannung und demzufolge eine Anhebung der Sprechstimmlage. Modifiziert wird diese Technik, indem die Verankerung der Drahtnähte über Titanminiplatten erfolgt.

Für die funktionelle Integrität der Stimmlippe und eine subjektiv als „gut“ empfundene Stimmqualität ist die lockere Koppelung zwischen der oberflächlichen Mukosa und dem Musculus vocalis durch die Bindegewebsschicht von grundlegender Bedeutung.

Eine Störung der Elastizität des Bindegewebes, Störungen des Muskeltonus und Änderungen der Epitheleigenschaften führen zu hörbaren Stimmstörungen. Daher ist der Patient vor der Durchführung einer Glottoplastik nicht nur über die Möglichkeit sondern über die Wahrscheinlichkeit der postoperativen Heiserkeit zu informieren. Nach ROSANOWSKI sind mit dem postoperativen Resultat ca. 2/3 der Patienten zufrieden.

Mit beiden vorgenannten Operationsverfahren kann die Stimme um 5 bis 9 ½ Töne erhöht werden, d. h. sie wird subjektiv als „weicher und weiblicher“ empfunden. Die Modulationsfähigkeit kann jedoch deutlich eingeschränkt sein. Zusätzlich können bei der Glottoplastik Atemfunktionsparameter eingeschränkt werden.

Eine alleinige konservative Behandlungsalternative bei MzF-Transsexuellen kann nur in Betracht kommen, wenn bereits spontan eine relativ hohe mittlere Sprechstimmlage vorliegt.

Anderenfalls würde eine dauerhafte, ggf. auch unter stimmtherapeutischer Anleitung optimierte Anhebung der Stimmfrequenz eine funktionelle Stimmstörung mit der Folge einer kraftlosen, wenig belastbaren und heiseren Stimme hervorrufen.

Eine persönliche Einzelfallbegutachtung in Form eines direkten Gesprächs mit der Patientin ist vor Abgabe einer Stellungnahme notwendig. Hierbei kann über die grundsätzlich nur in begrenztem Umfang mögliche Stimmangleichung umfassend informiert werden.

Evidenzbasiert ist bisher eine langfristig wirksame operative Stimmlagenkorrektur nicht zu belegen.

3.2.3.1.4 Kehlkopfkorrekturen

Die Prominentia laryngis wird bei starker Ausprägung im Sinne eines „Adamsapfels“ von MzF-Transsexuellen oft als stigmatisierend erlebt. Die Ausprägung der Prominentia beeinflusst die Stimmeigenschaften nicht. Die Formkorrektur des Larynx ist jedoch durch eine Chondrolaryngoplastik nach WOLFORT durch Verkleinerung der Prominentia laryngis möglich.

Ist eine operative Stimmlagenkorrektur indiziert, kann ohne Erhöhung der intra- und postoperativen Risiken, ohne Verlängerung der Behandlungsdauer die Korrektur der Larynxknorpel erfolgen.

Ist die Stimmlagenkorrektur jedoch nicht erforderlich, so ist eine Operationsindikation nur bei erheblicher Prominenz der vorderen Larynxknorpel indiziert. Der Krankheitswert eines solchen Befundes kann nur durch körperliche Begutachtung festgestellt werden.

3.2.3.1.5 Komplikationen

Nach Mammaaugmentation kann es zur Abstoßungsreaktion oder Kapselfibrose kommen. Konservative Behandlungsmöglichkeiten bestehen dann nicht, vielmehr muß die Kapsel chirurgisch eröffnet und/oder beseitigt und evtl. (bei dann neuerlichem Risiko der Fibrose) ein Implantatwechsel vorgenommen werden.

Eingriffe im Genitalbereich sind allein aufgrund der Lokalisation mit einem erheblichen Infektionsrisiko behaftet.

Zusätzlich können im Bereich der Neovagina Narbenkontrakturen mit nachfolgender Verengung und Verkürzung der Scheide auftreten. Prävention und Besserung sind durch regelmäßiges, langfristiges Bougieren unter Verwendung narbenhemmender Salben möglich.

In Abhängigkeit von der Position des Meatus urethrae kann es zur ungewollten Ablenkung des Harnstrahles kommen. Seltener sind Harninfektionen, sie können auch durch eine bereits praeoperativ bestehende Blasendysfunktion bedingt sein. Als Folge einer intraoperativen oder postoperativ-entzündlichen Sphinkteralteration kann passagere oder auch dauerhaft Harninkontinenz resultieren. Nicht selten sind Meatusengen. Um evtl. später aus ande-

rer Indikation notwendig werdende Cystoskopien zu ermöglichen, sind Meatusweiten von 20 Ch oder mehr nötig.

Wesentliche Komplikationen sind auch Rektumläsionen im Rahmen der Operation oder die Ausbildung urethrovaginaler Fisteln. Harnröhren-Scheidenfisteln können durch intraoperative Verletzung entstehen oder durch Druckläsionen bei Verwendung zu harter Scheidenstents in der postoperativen Phase.

3.2.3.1.6 Folgeeingriffe

Bei ausgeprägter Narbenbildung mit Verlust der Neovagina kann eine Neuanlage derselben notwendig sein. Für die Auskleidung der Scheide kommt dann ein freies Spalthauttransplantat (evtl. gemasht) oder ein ausgeschaltetes Sigmasegment mit intaktem Gefäßstil in Betracht.

Mitunter ist die Korrektur der Urethralöffnung notwendig, um die problemlose Miktion im Sitzen zu ermöglichen. Gelegentlich sind kosmetische Korrekturen der großen Labien oder der Klitorisummantelung angezeigt.

Nach 5 bis 10 Jahren ist wie auch bei biologischen Frauen mit Notwendigkeit des Wechsels der Mammainplantate zu rechnen.

Bei postoperativ fortbestehender Blasendysfunktion sind urologische konservative und operative Behandlungsverfahren anzuwenden. Bei ungenügendem Erfolg ist der ständige Hilfsmittelgebrauch (Vorlagen, Windeln) unausweichliche Folge.

3.2.3.2 Frau-zu-Mann Transsexualität

3.2.3.2.1 Brustchirurgie

Erforderlich wird in nahezu allen Fällen die Mastektomie mit plastisch-chirurgischer Korrektur in Form der Verkleinerung der Areolenbezirke beider Mamillen. Je nach ursprünglicher Brustgröße und -form hinterläßt der resezierende Eingriff ausgedehnte Narben. Versuche, die Operation minimalinvasiv durchzuführen, können nur bei sehr kleinem Brustvolumen erfolgreich sein und bleiben bisher auf Einzelfälle beschränkt. Generell erlauben die Fort-

schritte der plastischen Chirurgie heute in geeigneten Fällen, die Eingriffe beispielsweise durch periaureoläre Schnittführung mit nur wenig auffälligen äußeren Narben und geringen Risiken mit letztlich sehr guten kosmetischen Effekten vorzunehmen.

3.2.3.2.2 Genitale Transformation

Notwendig ist die vorzugsweise vaginale Kolpohysterektomie unter Mitnahme beider Adnexe neben der Vaginektomie. Zur Minderung der intra- und postoperativen Risiken wird dieser amputierende Teilschritt von einigen Operateuren separat ca. 3 Monate vor der Rekonstruktion durchgeführt.

Im rekonstruktiven Teil wird nach Harnröhrenverlängerung die Phalloplastik unter Verwendung eines zumeist frei transplantierten Hautlappens nötig. Bei verschiedenen Modifikationen wird zumeist ein Radialislappen vom Unterarm benutzt. Seltener angewandt wird die Möglichkeit der Neoglansbildung durch Augmentation des distalen Endes der Phalloplastik mittels Silikonkegel.

Weniger aufwendig ist die alleinige chirurgische Schaffung einer Kranznaht und späterer Glanstätowierung. Besonders anspruchsvoll ist die Glansplastik unter Verwendung von Klitorismaterial.

Erst mit mehrmonatigem zeitlichen Abstand ist die Vervollständigung des Penoids durch Einbringung starrer oder hydraulischer Prothesen zur Stabilisierung möglich. Bei Verwendung eines hydraulischen Implantats wird der Pumpmechanismus anstelle des Hodenimplantats einer Seite positioniert.

Bisherige Versuche einer einzeitigen Operation waren mit erheblichen Komplikationen behaftet.

3.2.3.2.2.1 Amputation

Die oben bereits erwähnte operative Brustverkleinerung entspricht den üblichen Verfahren zur Mastektomie bzw. zur bilateralen Reduktionsplastik. Es handelt sich um etablierte Eingriffe, auf deren Prozedur und Risiken hier nicht weiter eingegangen werden muss.

Notwendig sind neben einer Mobilisierung der Urethralmündung mit ihrem Schwellkörper bis zur Beckenbodenmuskulatur die Lösung der Vaginalwand unter Einschluss der Muskulatur von der Blasen hinterwand und die Resektion der kleinen Schamlippen.

Gewonnen werden muss parallel zur späteren Neopenis-Konstruktion ein Hautlappen. Hierzu wird in aller Regel auf zuvor erforderlichenfalls epilierte Radialishaut (vorzugsweise vom linken Unterarm) zurückgegriffen. Defektdeckung erfolgt durch gemashte Spalthaut nach Entnahme am Oberschenkel.

3.2.3.2.2 Plastische Rekonstruktion

Aus einem Teil der mit Gefäßanschluss frei präparierten Vaginalhaut wird nach Verbindung mit der mobilisierten Urethralmündung eine Harnröhrenverlängerung gebildet. Diese wird nach dem Prinzip „Tube-in-a-tube“ mit dem zuvor präparierten Radialislappen umschlossen und somit zum Neopenis geformt. Üblich ist es, den Radialislappen im Rahmen einer mikrochirurgischen Operation mit Gefäß- und Nerven Anastomosen zu versehen.

Bevorzugt werden sensible Endäste des Nervus ilioinguinalis bzw. genito-femoralis, die Arteria epigastrica inferior sowie die Vena saphena magna. Der am weitesten distal gelegene Nervenast des Neopenis wird immer mit dem Nervus dorsalis clitoridis anastomosiert.

Nach vollständiger Heilung der Urethra und Wiederkehr der penilen Sensibilität kann zeitig die prothetische Versorgung begonnen werden. Silikonhodenprothesen lassen sich problemlos in das aus den großen Schamlippen gebildete Neoskrotum einlegen.

Der Neopenis wird nach Dilatation zunächst mit einer in der Länge angepassten Silikonplatzhalterprothese versehen. Diese kann nach Konsolidierung der lokalen Verhältnisse gegen eine hydraulische Penisprothese ausgetauscht werden.

Eine Hodenprothese wird durch die zugehörige Pumpe ersetzt, das notwendige Flüssigkeitsreservoir ist im Cavum retzii zu platzieren.

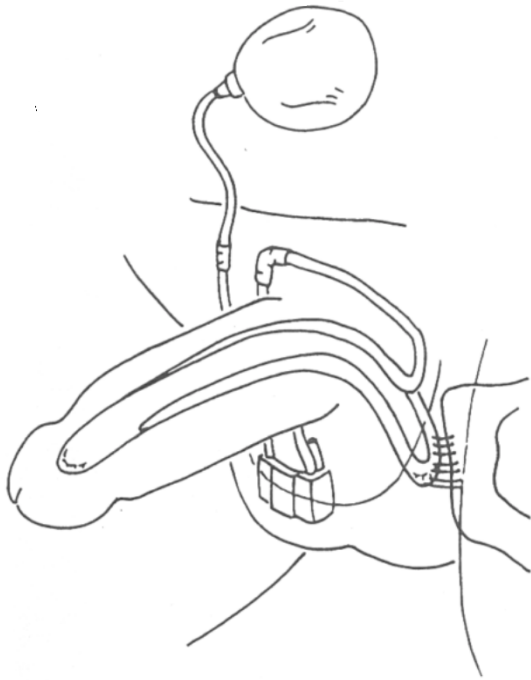


Abbildung 7: Schematische Darstellung der Implantation einer hydraulischen Penisprothese bei Fixierung am Os pubis, Unterbringung der Pumpe in einem Fach des Neoscrotums, des Reservoirs im Carvum retzii (nach JORDAN et al).

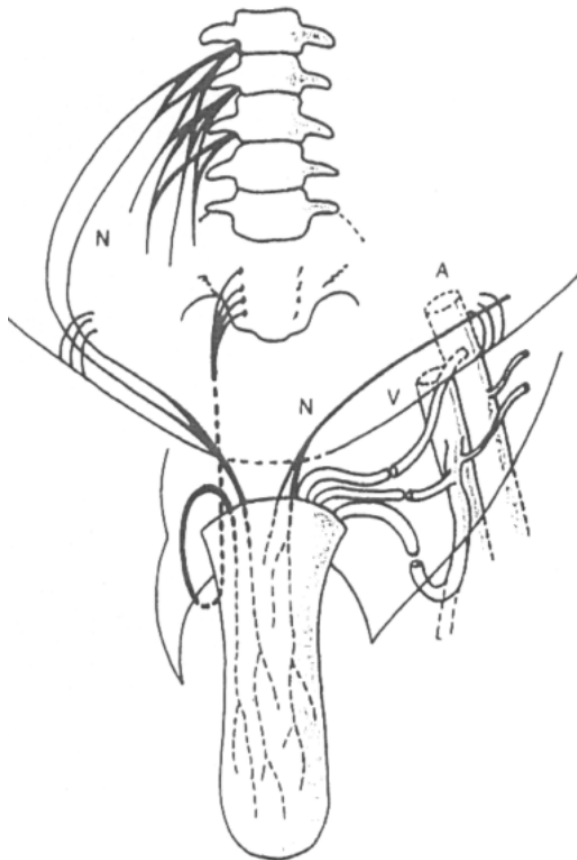


Abbildung 8: Schematische Darstellung des Anschlusses des Neopenis an Spenderarterien, Venen und Nerven (nach MAYER et al).

(Abbildungen 7 u. 8 aus SOHN, BOSINSKI et. al.: Interdisziplinäre Konzepte zur operativen Geschlechtstransformation bei Transsexuellen)

3.2.3.2.3 Stimmlagen- und Kehlkopfkorrekturen

Bei Frau-zu-Mann-Transsexualität kommt es durch den therapeutischen Androgeneinsatz zu einer Massenzunahme der Stimmlippen und damit zu einer in der Regel von den Betroffenen als ausreichend empfundenen Virilisierung der Stimme. Operative Verfahren sind daher nicht erforderlich und nicht gebräuchlich.

3.2.3.2.4 *Komplikationen*

Neben der immer gegebenen Gefahr eines Gewebsverlusts durch postentzündliche Nekrosen bestehen erhebliche Risiken einer Ausbildung kontrakter Narben mit letztlich erheblicher schmerzhafter Funktionsbehinderung bis hin zur Gebrauchsunfähigkeit.

Die Notwendigkeit der operativen Harnröhrenverlängerung birgt in sich ein erhebliches (und gefürchtetes), häufiges Risiko der Fistelbildung.

Desweiteren kann bei Verletzung oder entzündlicher Alteration der Sphinktermuskulatur passagere oder andauernde Harninkontinenz ausgelöst werden.

Diese würde entweder urologische konservative und/oder operative Therapie nach sich ziehen bzw. bei Erfolglosigkeit den regelmäßigen Gebrauch von Hilfsmitteln (Vorlagen, Windeln) bedingen.

3.2.3.2.5 *Folgeeingriffe*

Wie bei allen Operationen mit plastisch-chirurgischem Charakter kann bedingt durch organische bzw. körperliche Besonderheiten, aus technischen Gründen oder als Folge postoperativer Wundheilungsstörungen die Notwendigkeit funktioneller oder (häufiger) kosmetischer Korrekturen resultieren.

Beispiele notwendig werdender funktioneller Korrekturen wären Reeingriffe im Bereich der Harnröhre zur Ermöglichung einer dem Zielgeschlecht entsprechenden Miktion.

Notwendig werdende Korrekturen sollten vom Erstoperaeur durchgeführt werden. Hierdurch wird eine Gefährdung des bisher erreichten Ergebnisses durch einen im Situs unkundigen Nachoperateur vermieden.

Kosmetische Korrekturen sind nach ausgedehnten, letztlich auch die Körperform verändernden Eingriffen wie geschlechtskorrigierenden Operationen häufig. Zur Klärung der Leistungspflicht der GKV sind die gleichen Maßstäbe wie bei von Patienten ohne transsexuellen Hintergrund beantragten kosmetischen Korrekturen anzulegen. Leistungspflicht ist so immer dann zu bestätigen, wenn der bestehende Befund aufgrund einer funktionellen Behinderung, einer beschwerdeverursachenden Auswirkung oder erheblicher Auffälligkeit mit entstellender Wirkung Krankheitswert im Sinne des SGB V besitzt.

3.2.4 Nichtinvasive Behandlungsverfahren

3.2.4.1 Epilation

Bei MzF-Transsexualität stellt ein männlicher Bartwuchs einen regelwidrigen Körperzustand dar, der mit weiblicher Identität nicht vereinbar ist. Die Gesichtsbehaarung kann individuell sehr unterschiedlich sein. Daneben ist eine medizinische Indikation zur Epilation denkbar bei ausgedehnter männlicher Behaarung im Bereich von Hals, Nacken und Dekolleté.

Notwendigkeit zur Epilationsbehandlung ist nur bei ungenügender Hormonwirkung nach zweijähriger Substitution anzunehmen.

Bei FzM-Transsexualität besteht keine Epilationsindikation.

Die Epilation mittels Elektrokoagulation ist eine vertragsärztliche Behandlungsmaßnahme. Es handelt sich um ein wirkungsvolles thermolytisches Verfahren (Diathermie). Bei sach- und fachgerechter Anwendung wird dauerhafte Haarentfernung erreicht. Die Behandlung ist schmerzhaft, das Komplikationsrisiko ist gering. Kontraindikationen sind Ödeme, Erytheme, Vernarbungen, lokale Infektionen und postinflammatorische Hyper- und Hypopigmentierungen.

Als außervertragliche Behandlungsmethoden existieren die galvanische Elektrolyse und die Blendmethode, wobei letztere eine Kombination elektrolytischer und thermolytischer Verfahren darstellt. Publikationen zur Effektivität dieser Methoden sind selten. Eine amerikanische Studie aus 1995 (RICHARDS) unterstützt die Ansicht, daß die Blendmethode der Epilation durch Elektrokoagulation bezüglich der Effektivität überlegen sei.

Zwischenzeitlich sind zahlreiche Laser oder laserähnliche Geräte zur Epilation eingesetzt worden. Dazu gehören das Photoderm-VL-Gerät, das EpiLight. Hierbei handelt es sich um hochenergetische Blitzlampen. Rubinlaser, Diodenlaser, LPIR-Alexandrit-Laser und der Neodymium:YAG-Laser werden eingesetzt. Diese Epilationsform ist als Verfahren im Stadium der Erprobung aufzufassen.

Wissenschaftliche Studien, die die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode zur dauerhaften Haarentfernung belegen könnten, existieren bisher nicht. In den aktuellen Leitlinien der

Deutschen Dermatologischen Gesellschaft zur Qualitätssicherung findet die Epilation mittels Laser keine Erwähnung.

Die Effektivität jeder Enthaarungsmethode ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Das Haarwachstum durchläuft verschiedene, je nach Körperlokalisierung in der Zeitdauer unterschiedlich lange Zyklen. Sie werden unterteilt in Wachstums-(Anagen-), Übergangs- (Katagen-) und Ruhephase (Telogenphase). Nur in der Wachstumsphase reagieren Haare auf thermische, physikalische, chemische oder sonstige Einflüsse. Aus diesem Grund kann auch bei einer korrekt durchgeführten Elektroepilation nicht in einer Sitzung pro Areal ein kompletter Erfolg im Sinne einer Haarentfernung erwartet werden. Die Entscheidung, ob es sich um Telogen- oder Anagenhaare handelt, ist nach der Rasur des behandelten Areals möglich. Wenige Tage nach der Rasur nachwachsende Haare sind Anagenhaare, d.h. sie befinden sich in der behandlungssensitiven Wachstumsphase.

Nur die Elektroagulation stellt eine Vertragsleistung dar. Für alle anderen Methoden ist – wie auch bei nicht-transsexuellen Patienten – nach der Begutachtungsanleitung „Unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ zu verfahren. Nach mehreren Urteilen des Bundessozialgerichtes zur ASI-Methode kann hierbei nicht mehr auf die Weiterverbreitung abgestellt werden.

Epilation durch Elektrokoagulation wird von Ärzten, Arzhelferinnen und Kosmetikerinnen mit unterschiedlicher Qualifikation durchgeführt. Entsprechend den im § 124 SGB V geregelten Anforderungen an einen Leistungserbringer kann diese Leistung zu Lasten der Krankenkasse nur durch Ärzte erbracht werden. Bei vertragsärztlicher Behandlung durch Dermatologen besteht keine Antragspflicht seitens des Versicherten. Im Allgemeinen stellt die Elektroepilation die wirtschaftliche und ausreichende Versorgungsform dar.

3.2.4.2 Tätowierungen

Für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einer Tätowierungsentfernung sind die auch sonst im Bereich der GKV geltenden Richtlinien zu beachten. Tätowierungen sind grundsätzlich nicht funktionsbehindernd wirksam und daher isoliert betrachtet nicht krankheitswertig im Sinne des SGB V. Grundsätzliche Leistungspflicht zur therapeutischen Intervention wurde durch das BSG deshalb bereits 1975 (Urteil 3 RK 68/73) ausgeschlossen.

3.2.5 Allgemeine Bewertung der chirurgischen Verfahren

An einer wachsenden Zahl plastisch-chirurgischer, allgemein-chirurgischer, urologischer und gynäkologischer Kliniken von Vertragskrankenhäusern werden Operationen transsexueller Patienten durchgeführt.

Wie allgemein im Bereich der operativen Fächer gilt der Grundsatz, daß die handwerkliche Fertigkeit des Operateurs wesentlich den Operationserfolg mitbestimmt.

Analog zu anderen „großen Operationen“ ist Erfahrung und genügendes Kenntnis zur Beherrschung möglicher Komplikationen dann zu erwarten, wenn 30 und mehr Operationen aus gleicher Indikation pro Jahr vorgenommen werden⁶.

3.2.6 Behandlungsmöglichkeiten

3.2.6.1 Vertragsärztliche ambulante Behandlung

Ambulante Operationen sind bei Fehlen besonderer intra- und postoperativer Risiken, wesentlicher Begleiterkrankungen sowie bei gesicherter postoperativer häuslicher Nachsorge möglich. Ambulant durchgeführt werden können beispielsweise bei MzF-Transsexualität die Augmentation der Mammae sowie grundsätzlich die Epilation.

3.2.6.2 Stationäre Behandlung in Vertragskrankenhäusern

Auf die Behandlung transsexueller Patienten spezialisierte Abteilungen bestehen an folgenden Vertragskrankenhäusern⁷:

⁶ Hiergegen wird oft eingewandt, daß gerade die Situation in älteren Häusern mit Mehrbettzimmern logistische Probleme verursacht. Auch ist hier die Quantität ohne Zweifel nicht gleich Qualität zu setzen.

⁷ Die Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, zudem werden nicht alle operativ möglichen Verfahren auch von allen Operateuren bzw. in allen Häusern gepflegt. Für den Patienten ist es daher ohne Zweifel sinnvoll, sich vor Entscheidung für einen bestimmten Operateur bezüglich der Realisierbarkeit seiner operativen Wünsche umfassend informieren zu lassen.

Mann-zu-Frau	Mann-zu-Frau
Dr. Dr. med. J. Bruck Martin-Luther-Krankenhaus Abteilung für plastische Chirurgie Caspar-Theyß-Str. 27-31 14193 Berlin Telefon: 030 - 895 525 00	Prof. Dr. med. M. Sohn St. Markus Krankenhaus Wilhelm-Epstein-Str. 2 60431 Frankfurt/Main Telefon: 069 - 953 326 40
Prof. Dr. med. E. Biemer Klinikum Rechts der Isar Chirurgische Klinik, Abteilung für plastische und Wiederherstellungs- chirurgie Ismaninger Straße 22 81675 München Telefon: 089 - 414 021 71	Prof. Dr. med. W. Eicher Diakonie-Krankenhaus Mannheim Frauenklinik Speyerer Straße 91 68163 Mannheim Telefon: 0621 - 8102 285
Dr. med. C. Spehr Chirurgische Privatklinik Bogenhausen Denninger Straße 44 81679 München Telefon: 089 - 927 940	Dr. med. G. Oecking Dr. med. H. Schoeneich Tal 11 80331 München Telefon: 089 -24 22 95 33
Dr. med. B. Liedl Urologische Klinik und Poliklinik Ludwig-Maximilian-Universität Marchionistraße 15 81377 München Telefon: 089 - 70 95 35 30	Prof. Dr. med. van Ahlen Klinikum Osnabrück Urologische Klinik Am Finkenhügel 1 49076 Osnabrück Telefon: 0541-4058001
Dr. med. Krege Universitätsklinikum Essen Urologische Klinik Hufelandstr. 55 45122 Essen Telefon: 0201-7233261	Dr. med. J. Schaff Kreiskliniken Dachau Plastische Chirurgie Krankenhausstraße 15 85221 Dachau Telefon: 08131 - 76255
Frau-zu-Mann	Frau-zu-Mann
Prof. Dr. med. M. Sohn St. Markus Krankenhaus Wilhelm-Epstein-Straße 2 60431 Frankfurt/Main Telefon: 069 - 953 326 40	Prof. Dr. med. E. Biemer Klinikum Rechts der Isar Chirurgische Klinik, Abteilung für plastische und Wiederherstellungs- chirurgie Ismaninger Straße 22 81675 München Telefon: 089 - 414 021 71
Prof. Dr. med. W. Eicher Diakonie-Krankenhaus Mannheim Frauenklinik Speyererstraße 91 68163 Mannheim Telefon: 0621 - 8102285	Dr. med. J. Schaff Kreiskliniken Dachau Plastische Chirurgie Krankenhausstraße 15 85221 Dachau Telefon: 08131 - 76255

3.2.6.3 Ambulante privatärztliche Behandlung

Die medizinisch indizierten und in den Leistungsbereich der GKV fallenden chirurgischen Behandlungsverfahren sind alle im vertragsärztlichen Bereich verfügbar.

3.2.6.4 Stationäre Behandlung in Nichtvertragskrankenhäusern

Geschlechtsangleichende Operationen bei Transsexualität sind in beiden Richtungen an Fachabteilungen zugelassener Vertragskrankenhäuser möglich. Qualitative Unterschiede zwischen den in Vertragskliniken und in Privatkliniken ohne Versorgungsvertrag gepflegten Operationsverfahren sind aus der Literatur nicht zu belegen. Auch hier gilt, daß die Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungen medizinisch nicht gerechtfertigt ist. Die diesbezügliche Rechtsprechung ist eindeutig (Sozialgericht Berlin S72 Kr 74/97).

Mitunter wird in die Notwendigkeit der Behandlung in Nichtvertragskrankenhäusern bescheinigenden Schriftsätzen eine Garantieleistung in Form kostenloser Nachbesserung innerhalb von 12 Monaten angeboten.

Hierzu muß grundsätzlich bemerkt werden, daß schon aus ethischen Gründen weder für das Erreichen eines angestrebten Operationszieles noch für das selbstverständlich erhoffte Ausbleiben von Komplikationen, von notwendigen Nachoperationen garantiert werden kann. Derartige werbliche Aussagen sind daher nicht seriös.

3.2.6.5 Behandlung im Ausland

Eine medizinische Notwendigkeit zur operativen Behandlung der Transsexualität außerhalb Deutschlands ist in keinem Fall anzunehmen. Alle anerkannten und erprobten Operationsmethoden und -verfahren sind im Inland verfügbar.

Nach gefestigter Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (B 1 KR 4/99 R) genießt Inlandsbehandlung auch dann Vorrang, wenn „Angebote der Spitzenmedizin“ im Ausland unter Umständen andere operative Verfahren anbieten.

3.2.7 Literatur

Becker, S. et al.: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. Deutsche Gesellschaft für Sozialforschung, Akademie für Sexualmedizin und Gesellschaft für Sexualwissenschaft

in: psycho 24, 1998, Sonderausgabe II/98, S. 89 - 93

Bosinski, H.A.G. et al. : Aktuelle Aspekte der Begutachtung und Operation Transsexueller

in: Deutsches Ärzteblatt 11, 1994, C 485 - 488

Bundesgesetzblatt I, 1980, 1654: Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG)

Derouet, H.: Erektile Funktionsstörungen - Diagnostik, Therapie und Begutachtung

Springer Verlag Berlin/Heidelberg, New York 1992

Eicher, W.: Transsexualismus. Möglichkeiten und Grenzen der Geschlechtsumwandlung

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, New York 1984 (2. Auflage 1992)

Eicher, W.: Transsexualität - Standards of Care

in: Zentralblatt für Gynäkologie 117, 1995, S. 61 - 66

Eicher, W., Schmidt, B. und C.M. Berger: Transformations-Operation bei Mann-zu-Frau-Transsexuellen

in: Z. Sexualforsch. 4, 1991, S. 119 - 132

European Committee on Quality Assurance and Medical Devices in Plastic Surgery

„EQUAM Konsensuserklärung zur Sicherheit von Brustimplantaten“ veröffentlicht am 04. Juli 1998

Grimmel, M.: Epilation

unveröffentlichtes Manuskript, 1999

Haferanke, Richter am Amtsgericht Schöneberg

schriftliche Mitteilung vom 31.01.2000, betreffend die rechtlichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer geschlechtsanpassenden Operation

Isshiki, N., T. Taira and M. Tanabe: Surgical Alteration of Vocal pitch
in: Journal Otolaryngol. 12, 1983, p. 335 - 340

Liedl, B.: Geschlechtsangleichende Operationen bei Transsexualität
in: MMW - Fortschr. Med. 23, 1999, S. 305 - 309

Neumann, K. und A. Berghaus, A.: Technik und Ergebnisse von operativen Stimmerhöhungen bei Transsexuellen
unveröffentlichtes Manuskript, 1999

Richards, R.N. and G.E. Meharg: Electrolysis: Observation from 13 Years and 140000 Hours of Experience
in: Yam Acad Dermatol 33, 1995, p. 662 - 666

Rosanowski, F. und U. Eysholdt: Phoniatische Begutachtung vor der Stimmangleichung bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus
in: HNO 47, 1999, S. 556 - 562

SPEHR, C.: Chirurgie des Transsexualismus
in: SCHREITER, F. et al.: Plastisch-rekonstruktive Chirurgie in der Urologie,
Thieme-Verlag Stuttgart, New York 1999, S.451 bis 468

Sohn, M.: OP-Techniken und Ergebnisse bei Geschlechtsumwandlungen
in: psycho 24, 1998, Sonderausgabe II/98, S. 94 - 99

Sohn, M. et al.: Interdisziplinäre Konzepte zur operativen Geschlechtstransformation bei Transsexuellen
in: Urologe 35, 1996, S. 34 - 36

Sohn, M. und A. PEEK: Grenzen der operativen Geschlechtstransformation bei Transsexualität
in: Acta Chir. AOSTRIACA 4, 1999, S. 1 - 7

Wendler, J.: Glottoplasty for Raising pitch
3. Internationales Symposium der Phonochirurgie, Kyoto 1994, Abstractband,
S. 63

4. Literaturrecherche, Nachuntersuchungsergebnisse

Nachuntersuchungsergebnisse geschlechtsangleichender Behandlung bei Transsexuellen

4.1 Vorbemerkungen zur Methodik der Literatúrauswahl und Gliederung der Ergebnisdarstellung

Im Rahmen einer Internet-Recherche in deutschen und internationalen Seiten über den Suchbegriff „Transsexualität“ verknüpft mit „postoperative Ergebnisse, Langzeitergebnisse, Katamnese und Surgery“ ergaben sich etwa 500 Literaturstellen. Nach Ausschluss aller Nicht-Studien, d. h. Abhandlungen deskriptiven Charakters und unter Berücksichtigung der Kriterien „Outcomeorientierung“, d. h. Behandlung abgeschlossen sowie „ganzheitliche Sichtweise“ blieben 21 nach 1980 publizierte Arbeiten übrig. Für die Zeit von 1961 bis 1991 haben Pfäfflin und Junge eine sorgfältige Aufbereitung der Nachuntersuchungen nach Geschlechtsumwandlungen im Rahmen einer kommentierten Literaturübersicht vorgelegt. Sie kamen abschließend zu folgender Einschätzung:

„In über achtzig qualitativ sehr unterschiedlichen Einzelarbeiten und Sammelreferaten aus zwölf Ländern wurde in den vergangenen dreißig Jahren belegt, daß die Behandlung, die den gesamten Prozess der Geschlechtsumwandlung umfasst, wirkt. Übereinstimmend fanden sich in allen Nachuntersuchungen vorwiegend erwünschte Wirkungen. Die aus Sicht der Patienten wesentliche, und zudem die ausgeprägteste Wirkung war die Linderung von Leiden bei gleichzeitiger Zunahme subjektiver Zufriedenheit. Darüber hinaus fanden sich in den Bereichen Partnerschaft und sexuelles Erleben, psychische Stabilität und sozioökonomisches Funktionsniveau ebenfalls überwiegend erwünschte Veränderungen, die durchschnittlich bei den Männern etwas günstiger waren als bei den Frauen, und die, je nach Ausgangsbedingungen, in den einzelnen Bereichen unterschiedlich ausgeprägt waren.“

Die nochmalige Durchsicht der oben erwähnten Arbeiten soll dazu beitragen, hinsichtlich der Outcome-Evaluation ein eigenes Urteil zu fundieren.

Aus der Gesamtmenge durchgelesener Arbeiten können drei vorab besprochen werden, da sie in der Gesamtbewertung nicht berücksichtigt werden können. Es handelt sich um die Arbeiten von Pauly (1981), Bodlund and Kullgren (1996) und Rakic et al. (1996).

Der erste Artikel bezieht sich auf sehr kritische Publikationen von Ende der 70er Jahre und stellt bisherige Literatur zum Thema in selektierter Form zusammen. Dabei berichtet der Autor über Ergebnisse; von einer Befragung der Betroffenen ist keine Rede.

Bodlund and Kullgren legen eine Untersuchung bei nicht abgeschlossener Behandlung vor. Die Ergebnistabellen lassen nicht sicher zwischen operierten und nicht operierten Personen unterscheiden.

Die Studie von Rakic mit Behandlungsergebnissen einer Belgrader Klinik erfüllt minimale Anforderungen an den vorher/nachher-Vergleich methodisch nicht. Insbesondere die Prozentzahlen gelungener Ergebnisse beruhen auf höheren postoperativ befragten Fallzahlen, wobei nicht sicher ist, ob wirklich alle Patienten in dieser Untersuchung berücksichtigt wurden.

Bevor die Studien nun im einzelnen durchgesprochen werden, sei zunächst auf das Problem der Fallzahlen in Katamnesestudien bei geschlechtsangleichenden Eingriffen eingegangen. Aus den Arbeiten von Osburg und Weitze und Weitze lässt sich entnehmen, daß 20 bis 30% der Antragsteller in der BRD es bei einer Vornamensänderung bewenden lassen. Unter Zuhilfenahme einer Überschlagsrechnung könnte der Anteil derer, die sich zur Operation nicht entschließen, noch höher liegen. Als mögliche Gründe kommen Ängste verschiedener Art in Betracht:

- vor der Kastration,
- vor der Irreversibilität des Eingriffes,
- vor Komplikationen,
- vor Unzufriedenheit mit dem Ergebnis,
- auch Zweifel an der Realisierbarkeit des Wunsches nach Geschlechtsumwandlung durch operative Maßnahmen.

Diejenigen, die sich also zur Operation entschließen, bilden eine Subpopulation der Transsexuellen. Da sich anschließend viele mit der geänderten Identität auch zu einem Wohnortwechsel entschließen, gibt es immer Schwierigkeiten, alle ehemaligen Patienten für eine Teilnahme an einer Follow-Up-Befragung überhaupt wiederzufinden. Außerdem muß natürlich die Bereitschaft bestehen, sich an den Geschlechtswechsel erinnern lassen zu wollen. Es ist nie auszuschließen, daß gerade die, die nicht gefragt werden konnten, einen unglücklicheren Behandlungsverlauf zu beklagen hätten.

4.2 Die Ergebnisse im Überblick

Um die methodische Vielfalt der durchgesehenen Studie einigermaßen abzubilden, wurde die folgende Tabelle zusammengestellt, aus der sich die der Untersuchung zugrunde lie-

gende Fallzahl, eine Angabe zum lost-to-follow-up und die Katamnesedauer entnehmen lassen. Außerdem wurde dargestellt, welche Befundkategorien jeweils abgefragt wurden. Es zeigt sich nämlich, daß das Globalkriterium „Zufriedenheit“ zu undifferenziert ist, insbesondere dann, wenn darunter all jene Zustände verstanden werden, die nicht in einem Rückumwandlungswunsch bei tiefstem Bedauern ihren Niederschlag fanden. Um einer ganzheitlichen Bewertung näherzukommen, erscheint es sinnvoll, folgende Kategorien zu differenzieren:

- Somatischer Befund:
hier reduziert zum postoperativen Befund, da sich zur endokrinen Ausgangslage in keiner Studie eine Bemerkung findet. Gemeint ist der Heilungsverlauf mit sämtlichen Komplikationen, evtl. erforderliche Revisionseingriffe und weitere Eingriffe.
- Sexuelles Erleben:
findet Geschlechtsverkehr überhaupt statt? Wie wird die Funktion der Neovagina/des Neophallus erlebt?
- Partnerschaft:
wie genau sind die Aussagen über Lebens- und Liebesbeziehungen nach geschlechtsangleichender Behandlung? Die Spannweite reicht von mehr als 100 Liebhabern bis zur stabilen Ehe.
- Arbeitsfähigkeit:
wird der gleiche oder ein neuer Job ausgeübt? Gibt es Wirkungen es Geschlechtswechsels auf das Gehalt? Wie viele beziehen eine Invalidenrente oder sind arbeitslos?
- Psychische Stabilität:
hier ist das gesamte Feld der Anpassungsschwierigkeiten gemeint incl. Suizidalität und Suchtpotential.

Erst die Integration der Antworten über all diese Kategorien hinweg führt zu einem Summenscore der Lebenszufriedenheit, der letztlich die Frage beantwortet, ob eine neue Identität gefunden werden konnte oder die Behandlung bereut wird. Es ist jeweils dann in der zugehörigen Spalte ein Kreuz vermerkt, wenn detaillierte Ergebnisse dieser Kategorie in der Studie gezeigt wurden.

Studie: Autor, Jahr, Land	Patientenzahl Katamnese		lost-to-follow-up p.o.		Katamnese-dauer	katamnestic Befunde					
	Mann zu Frau	Frau zu Mann	Mann zu. Frau	Frau zu Mann		p.o. Befund erhoben/ erfragt	sexuelles Erleben	Partner- schaft	Arbeits- fähigkeit	psychische Stabilität	Σ Lebens- zufriedenheit
Hunt and Hampson, USA, 1980	17		-		8.2 (6.3-11.0)		x	x	x	x	x
Sørensen, Däne- mark, 1981	29		6/29 = 21%		6	x	x	x	x	x	x
Lindemalm, Schweden, 1986	17		4/17 = 24%		12 (6-25 J.)	x	x	x	x	x	x
Kockott and Fahrner, Deutschland, 1987	18	14	-	-	6.5		x		x	x	x
Kuiper and Co- hen-Kettenis, Niederlande, 1988	105	36	70/175 = 40%	18/54 = 33,3%	2.5 (1 Mo. – 14.8 J.)					x	x
Ross and Need, Australien, 1989	14		17/31 = 55%		3.7 (2 – 6 J.)	x	x	x	x	x	

Studie: Autor, Jahr, Land	Patientenzahl Katamnese		lost-to-follow-up p.o.		Katamnese-dauer	katamnestische Befunde					
	Mann zu Frau	Frau zu Mann	Mann zu. Frau	Frau zu Mann		p.o. Befund erhoben/ erfragt	sexuelles Erleben	Partner- schaft	Arbeits- fähigkeit	psychische Stabilität	Σ Lebens- zufriedenheit
Mate-Kole et al., Großbritannien, 1990	20		-		2 J.				x	x	
Tsoi, Singapur, 1993	45	36	-	-	2 – 5 J.		x	x	x		x
Eldh, Schweden, 1997	40	50	46 = 33,8 %		5.8 (0.5–30 J.)	x	x	x	x		x
Rauchfleisch, Schweiz, 1998	13	4	35/48 = 73%	17/21 = 81%	14 J. (5-20 J.)		x	x	x	x	x
Rehmann et al., USA, 1999	28		19/47 = 40%		≥ 3 J.	x	x	x	x	x	x

Tabelle 3: Literaturlauswertung von Nachuntersuchungsergebnissen geschlechtsangleichender Behandlung bei Transsexuellen

Die 11 hier aufgeführten Studien beschreiben Outcome-Evaluationen. Darüber hinaus liegen drei Arbeiten zu prognostischen Faktoren bei bedauerter Behandlung vor und eine weitere beschreibt die bisherigen Pionierergebnisse zur Behandlung Jugendlicher. Diese vier Arbeiten sind nicht in der Tabelle enthalten und werden in Kapitel 4.5 behandelt.

Es zeigt sich, wie unterschiedlich die Studien jeweils auf die einzelnen Ergebniskategorien eingehen. Die Untersuchung, die über die meisten Patienten berichtet, hat lediglich subjektive Ergebnismaße berücksichtigt. Es überwiegt deutlich die Anzahl von Nachuntersuchungsfällen bei Mann-zu-Frau-Behandlungen. Die lost-to-follow-up-Raten schwanken zwischen 21 und 81%.

4.3 Zu den Studien im einzelnen (Chronologische Reihenfolge)

Hunt and Hampson beginnen ihre Untersuchungen mit methodologischen Überlegungen zu Anforderungen an eine potentielle Kontrollgruppe für Transsexuelle und Kriterien der Outcome-Erfassung. Auch ihnen ist die Aussage „done well“ als Ergebnisbeschreibung zu ungenau. Letztlich entschließen sie sich dafür, die präoperativen Befunde ihrer 17 Mann-zu-Frau-Transsexuellen als deren eigene Kontrolle zu betrachten. Zwischen 1968 und 1972 wurden an der Gender Dysphoria Clinic der Universität Washington 250 Patienten wegen einer Umwandlungsoperation vorstellig, davon wurden 17 operiert. 13 konnten im Rahmen dieser Untersuchung persönlich befragt werden, 4 lebten mehr als 1.000 Meilen von der behandelnden Klinik entfernt und wurden telefonisch kontaktiert. Durch Verwendung eines eigens entwickelten „Standardized Rating Scale for Postsurgical Transsexuals“ wird eine ganzheitliche Bewertung der Ergebnisse sichergestellt.

- Keiner der Befragten hat die Entscheidung zur Operation bereut.
- Gleichwohl äußerten zwei Zweifel an ihrer Weiblichkeit.
- Es gab zwei Suizidversuche.
- 30 bis 40% verblieben in mäßiger bis schlechter sozialer Lage.

Am meisten profitierten die Patienten im Bereich der sexuellen Adaptation und hinsichtlich der Akzeptanz in ihren Familien. Das Persönlichkeitsinventar lag über 8 Jahre erstaunlich konstant. Die Persönlichkeit änderte sich postoperativ nicht.

Die Arbeit von Sørensen aus Kopenhagen ist ein gutes Beispiel dafür, daß eine sorgfältige Befunderhebung zur Gesamtbewertung unabdingbar ist. Sein Bericht über 29 Mann-zu-

Frau-Transsexuelle beginnt mit einer Beschreibung von Kerngruppenmerkmalen (pseudo-femininer Narzissmus, geringes sexuell-genitales Interesse und stabile Ich-Stärke verknüpft mit intakter Realitätswahrnehmung), um die Gesamtergebnisse der Behandlung jeweils gesondert für diese Patienten ausweisen zu können.

Es wurden 23 Personen interviewt. Über 3 postoperativ erfolgte Suizide wird genauer Bericht erstattet.

- 14 der 23 Patienten sind arbeitslos oder berentet, nur drei haben denselben Arbeitsplatz wie vorher. Alle stammen aus der untersten (von 5) sozialen Schichten. Postoperativ ergibt sich diesbezüglich keine Änderung. Finanziell kommen die Patienten der Kerngruppe signifikant besser zurecht.
- 17 von 23 Behandelten leben allein.
- 8 haben ernste Beziehungsprobleme.
- 4 der Patienten sind Väter. Alle Kinder haben erhebliche Schwierigkeiten, ihre Väter in der neuen Geschlechtsrolle zu akzeptieren bis hin zur schroffen Ablehnung. Die soziale Isolierung nimmt postoperativ zu.
- Die Hälfte wird von den Nachbarn nicht akzeptiert.
- Ein Patient bekam einen Koronarverschluss, vermutlich durch die Hormondauermedikation mit Östrogenen.
- 5 müssen permanent eine Perücke tragen.
- 14 hatten weiterhin Bartwuchs.
- 50% wollten weitere plastisch-chirurgische Eingriffe.
- Nach 4 Mammaaugmentationen hatten 2 eine Kapselbrosen.
- 33% waren mit dem chirurgischen Ergebnis nicht zufrieden.
- 5 nehmen Beruhigungsmittel.
- Alle trinken mehr Alkohol als vorher.
- Es kam zu insgesamt 3 vollendeten Suiziden und 3 Suizidversuchen.
- Insgesamt hatten 75% der Patienten erreicht, was sie erwartet hatten. Postoperative Schwierigkeiten bezogen sich insbesondere auf Schmerzen, Vaginalstenosen, Schwierigkeiten beim Wasserlassen bis hin zur Inkontinenz.
- 6 waren postoperativ sexuell inaktiv.
- 4 davon wollten sich auf engere Beziehungen gar nicht mehr einlassen.
- Von den 17, die einen Koitus versucht hatten, beschreiben 15 Schwierigkeiten damit. Trotzdem behaupten nur 2, unzufrieden zu sein.
- 16 hatten Schmerzen im Verlauf der Wundheilung.
- 14 durchliefen postoperativ eine depressive Phase.

Dennoch bedauerte keiner den Entschluss zur geschlechtsangleichenden Operation. Es zeigen sich in der Ergebnisaufstellung immer wieder deutliche Unterschiede zwischen den Patienten der Kerngruppe und dem Rest, nicht aber abhängig von der Dauer des follow-up. Der Autor kommt zu dem Schluss, daß die geschlechtsangleichende Operation nicht resozialisierend wirkt. Viele Patienten sind anorgastisch geworden. Er bezeichnet die geschlechtsangleichende Operation als symptomatische Behandlung „Since the treatment is not causal it explains the remaining original insecurity“. Insbesondere warnt er bei vorhersehbaren postoperativen Komplikationen vor dem Eingriff. Für die psychische Stabilisierung zahlen die Betroffenen oft einen hohen Preis in Form von sozialer Isolation, Berentung und sexuellen Problemen.

Lindemalm et al. versuchen mit ihrer Untersuchung einen Beitrag zur Langzeitbewertung erzielter Ergebnisse zu leisten. Die Follow-up-Dauer liegt bei ihnen im Durchschnitt bei 12 Jahren. 17 Patienten wurden bis zum Untersuchungszeitpunkt operiert. 13 davon konnten befragt werden. Die minimale Katamnesedauer lag bei allen bei 6 Jahren. Die postoperativen Untersuchungsbefunde zeigten ein enttäuschendes Ergebnis, waren aber auch abhängig von der postoperativen Patientencompliance. Die Gesamtgruppe erzielte nur geringe Punktzahlen bei der Bewertung der Partnerschaften. Viele lebten einsam, andere mit einer Unzahl von Lovern. Was die Arbeitsplatzanamnese anging, so waren viele kurze Arbeitsepisoden zu verzeichnen. Bei 4 Patienten werden Alkoholprobleme beschrieben. Insgesamt haben 4 von 13 Operierten den Eingriff als Fehlentscheidung bedauert; teils in Form eines offenen Bekenntnisses, teils in Form von Ambivalenz. In der Diskussion weist Lindemalm darauf hin, daß es auch in der Gynäkologie mit der Vaginalplastik bei biologischen Frauen in 20% der Fälle Probleme gibt. Dennoch sollte die hohe Misserfolgsrate von 30% zum Anlass genommen werden, um die Prozessqualität der Behandlung zu verbessern. Die sexuelle Aktivität postoperativ spiegelt auch Motivation/Bedauern gegenüber der Prozedur wider. Die Bougierung der Neovagina kann nicht an den Operateur delegiert werden. An der sexuellen Appetenz ändert sich trotz dieser gravierenden Eingriffe erstaunlich wenig.

Kockott and Fahrner haben mit ihrer Arbeit eine sehr sorgfältig durchgeführte Kontrollstudie vorgelegt. Zwischen dem 1. Januar 1970 und dem 31. Dezember 1980 gab es an der Münchener Universitätsklinik 80 Patienten mit mindestens zweijährigem follow-up. Davon wurden 59, d. h. 74%, interviewt. Ihnen wurden 25 Fragen der Form des Transsexuals Follow-up Interview TFI zu drei Zeitpunkten vorgelegt: bei Diagnosestellung, d. h. nach 5 Gesprächskontakten, kurz vor der Operation und zum Zeitpunkt dieser Studie. Es zeichnen sich 4 Gruppen ab:

- Operierte
- Nicht-Operierte mit weiterbestehendem Operationswunsch
- Zögerliche
- zum biologischen Geschlecht zurückgekehrte Patienten.

Evtl. gibt es grundsätzlich auch noch eine Kategorie mehr, nämlich solche, die ohne Operation in der gewünschten Geschlechtsrolle leben; diese kommen aber im hier untersuchten Kollektiv nicht vor. Die Ergebnisse sind in nachfolgender Fig. 1. abgebildet:

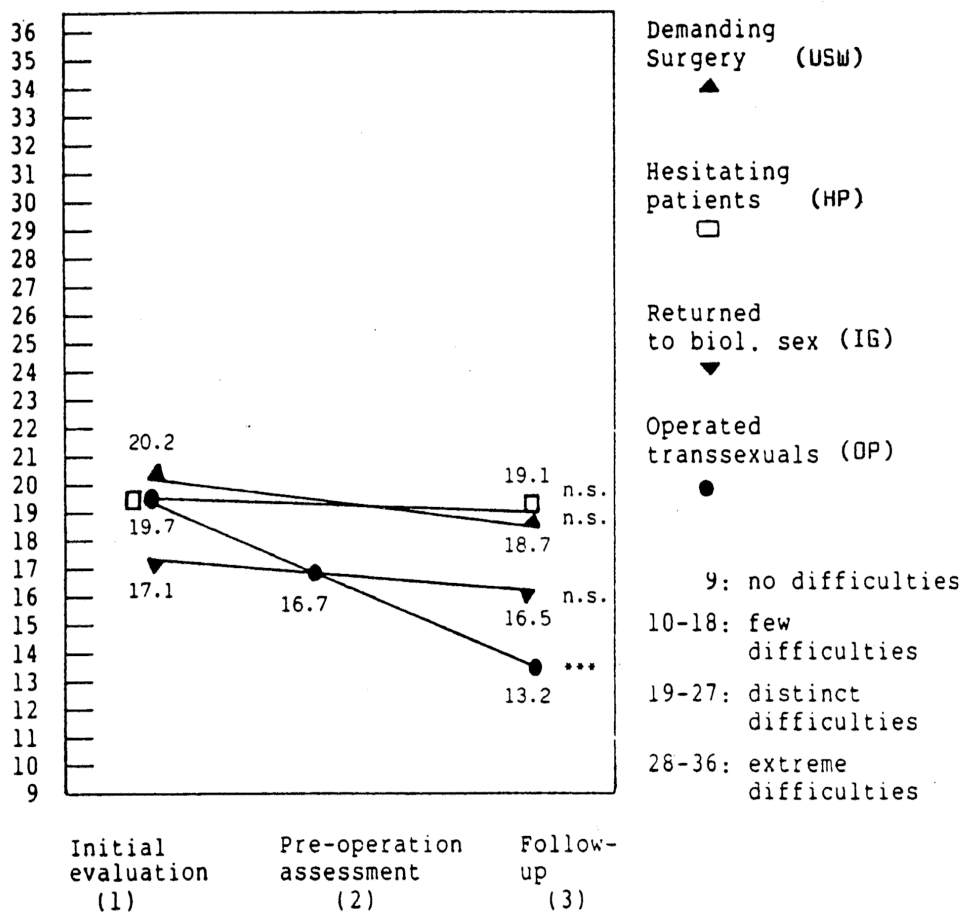


Fig. 1. Psychosocial adjustment of operated and three groups of unoperated transsexuals (rating scale PIT).

Demnach kommen Operierte am besten zurecht. Von den Nicht-Operierten lässt sich die Gruppe der Zögerlichen am klarsten abgrenzen. Diese sind älter, (unglücklich) verheiratet, haben Kinder und ein stabiles Arbeitsverhältnis. Die Autoren kommen zu dem Schluss, daß gute Ergebnisse bei sorgfältiger Patientenauswahl und durchdachten Entscheidungen sehr wohl möglich sind. Für alle, die sich nicht zur Operation entscheiden können, wird Psychotherapie empfohlen.

Bevor die Untersuchung von Kuiper und Cohen-Kettenis analysiert wird, sei auf die Arbeiten von van Kesteren eingegangen. Hier werden epidemiologische und demographische Daten zur Transsexualität in den Niederlanden aufgeführt. Das Zentrum in Amsterdam hat von 1975 bis 1992 1.285 Transsexuelle, d. h. 95% der niederländischen Prävalenz behandelt. Eine somatische Therapie, also Hormonbehandlung/Operation erfolgt für 50 Mann-zu-Frau und 21 Frau-zu-Mann-Fälle im Jahr. Das Geschlechtsverhältnis für Vorstellungen ist dabei 3:1.

Transsexualität ist auch in den Niederlanden ein seltenes Phänomen. Mit der Kostenübernahme von Seiten der Krankenversicherung scheint es für die Betroffenen keine Probleme zu geben. Die lebenslängliche Hormonsubstitution führt zu einer medizinischen Dauerüberwachung. Insgesamt haben sich am Behandlungszentrum in Amsterdam 949 Mann-zu-Frau und 336 Frau-zu-Mann-Transsexuelle vorgestellt. In den letzten Jahren, insbesondere ab 1988 gibt es mehr abgelehnte Fälle als früher. Dabei handelt es sich möglicherweise um mildere Verlaufsformen. Frauen kommen im Schnitt 5 Jahre früher als Männer zur Behandlung. Im Gegensatz zu Männern mit primärem Transsexualismus werden solche mit sekundären, also late-onset Formen seltener somatisch behandelt.

Kuiper und Cohen-Kettenis berichten von einer Ex-Post-Befragung der Netherlands Gender Center Foundation unter der Fragestellung: „Trägt die geschlechtsangleichende Operation dazu bei, Leiden zu lindern oder zu erleichtern?“ Die Ergebnisse werden ausschließlich anhand subjektiver Daten nach Befragung dargelegt, wobei zwischen angefangenen und vollendeten Therapieverläufen unterschieden wird. Abgeschlossen ist die Behandlung bei 25 Frau-zu-Mann-Fällen (4 davon mit Penoplastik) und 55 Mann-zu-Frau-Fällen. Die Frauen sind im Durchschnitt jünger bei Behandlungsbeginn, die Männer im Durchschnitt 37,2 Jahre alt. Alle Interviewer waren bislang nicht an der Behandlung dieser Patienten beteiligt, damit wird auf ein Behandlerbias Rücksicht genommen. Als Kontrollgruppe für Parameter der Körperwahrnehmung werden je 100 männliche und weibliche Studenten herangezogen. Zur Methode der nachträglichen Befragung führen die Autoren auf, daß damit eine klare Schlussfolgerung zur Kausalität zwischen Besserung der Geschlechtsidentitätsstörung und Intervention nicht möglich ist. Diese Einschränkung gilt allerdings für alle anderen Befragungsstudien auch.

Auf die Frage, ob sie hinterher glücklicher als vorher geworden sind, wird am häufigsten wegen Alleinseins mit nein geantwortet. Die Integration in die neue Rolle war für diese Frau-zu-Mann-Patienten problemlos, bei den Mann-zu-Frau-Behandlungen wurden 21 von 105 in dieser Hinsicht als schlecht oder sehr schlecht eingestuft. An der Operationsentscheidung

wurden keine Zweifel geäußert. Mit der Behandlung waren 80% der Frau-zu-Mann und 50% der Mann-zu-Frau-Transsexuellen zufrieden. Mit Hilfe von 10 zusätzlich erhobenen Variablen, deren Ergebnisse in der Studie im einzelnen nicht gezeigt werden, wird ein Zufriedenheitsscore errechnet, demnach sind Frau-zu-Mann-Transsexuelle postoperativ glücklicher als Mann-zu-Frau-Transsexuelle. Insgesamt gibt es aber nur einen niedrigen Korrelationskoeffizienten mit $r = 0,3$. In der Diskussion wird durchaus zugestanden, daß die Selbsteinschätzung in punkto Zufriedenheit durch Wunschdenken überlagert sein kann. Einsamkeit wird häufig beklagt, aber nicht mit geschlechtsspezifischen Ursachen verknüpft. Häufig entstehen in diesem postoperativen Lebensabschnitt erhebliche Beziehungsverluste, den Arbeitsplatz, die Familie, den Partner, die Kinder und Freunde betreffend. „Sex reassignment surgery can lead to new problems“. In der Gesamtwertung schneiden auch in diesem Papier die Frau-zu-Mann-Behandelten besser ab als die Mann-zu-Frau-Fälle.

Diese Studie wird in einem eigenen Artikel aus dem British Journal of Psychiatry von drei Psychiatern kommentiert. Philip Snaith bewertete die vorgelegte Studie positiv, insbesondere wegen der realistischen Ergebniskriterien und kommt zu dem Schluss: „Sex reassignment surgery does not solve life's problems.“ Ihm ist darüber hinaus die Wirkung der Östrogene auf die Emotionalität der Betroffenen wegen möglicher ungünstiger Effekte suspekt. Michael Tarsh wertet den Befund postoperativer Einsamkeit als ungenügende Lehrzeit zur Umstellung an die Lebensweise als Frau. Dennoch betrachtet er die Forderung einer psychosozialen Nachbetreuung als unrealistisch. Er fordert längere follow-up-Zeiten und Studien über die Kinder von Transsexuellen.

Eine Untersuchung aus Australien geht der Fragestellung nach, wie sich das Operationsergebnis im postoperativen Anpassungsprozeß auswirkt.

Untersucht werden 14 von 31 operierten Mann-zu-Frau-Patienten.

- 6 davon sind arbeitsfähig,
- 6 haben gelegentlich Arbeit,
- 1 bezieht Erwerbsunfähigkeitsrente,
- 1 Arbeitslosenunterstützung,
- 7 hatten kein Geld zur Studie zu kommen (Reisekosten).

Als Untersuchungskriterium wird der Vaginalbefund und das körperliche Operationsergebnis von der Stimme bis zur Inkontinenz und Vaginalweite sowie der Untersuchungsstandard von Hunt and Hampson zugrundegelegt. In 4 Fällen trat Inkontinenz auf (28%). 9 mal wird von verbleibendem erektilen Gewebe um den Meatus urethrae berichtet (64%). Davon litten drei Patienten unter einer Stenose. Sechs Variable erklären 98% der Varianz im Mentalstatus:

- Brustnarben,
- erektile Probleme,
- soziales Netz,
- Reaktion der Familie,
- Inkontinenz
- Notwendigkeit weiterer Eingriffe (z. B. Urethralokalisation).

Insgesamt zeigt sich eine gute Vaginalfunktion, sexuell sind 11 Patienten sehr zufrieden, keiner bedauert die Operationsentscheidung. Im Fazit wird auf die Bedeutung des postoperativen Ergebnisses für den Anpassungsprozeß hingewiesen. Alles, was an den veränderten Körper erinnert, stört.

Mate-Kole et al. legen eine Kontrollstudie aus der Gender Identity Clinic at Shering Cross Hospital vor.

Es werden 20 zur Operation vorgesehene mit 20 postoperativen Patienten zwei Jahre nach Operationsindikation bzw. Operation verglichen. Da in Großbritannien eine Wartezeit von fünf Jahren zur Operation nach Durchlaufen der Voraussetzungen üblich ist, wurden die 20 operierten Patienten dieser Studie durch Bevorzugung auf der Warteliste selektiert. Zu den Voraussetzungen gehören der über zwei Jahre bestehende stabile Wunsch im Gegengeschlecht zu leben und der über ein Jahr erfolgreich absolvierte Alltagstest mit eigenem Einkommen. Die Gruppenvergleichbarkeit war nach Anamnese und psychologischen Testergebnissen gegeben. Nach zwei Jahren geht es den Operierten deutlich besser. Dieser Befund resultiert aus einer Befragung, die quantitativ auf Lebensaktivitäten (Sport, Familienbesuche, Essen gehen) ausgerichtet ist und nur cursorisch das sexuelle Interesse tangiert, weder nach sexueller Befriedigung noch der Qualität von Beziehungen fragt. Diese Kriterien müssen als unzureichend bezeichnet werden, um weiterreichender Erkenntnisse zur Ergebnisqualität geschlechtsangleichender Behandlungen zu gewinnen.

Die Studien von Tsoi berichten vom follow-up chinesischer Patienten in Singapur. Die Arbeit von 1993 gibt die Ergebnisse der zwischen 1972 und 1988 operierten Patienten wieder:

45 Mann-zu-Frau und 36 Frau-zu-Mann Interventionen. Die Auswahlkriterien bestanden hier im Ausschluss von Geisteskrankheiten, der nicht-heterosexuellen Orientierung und einem über 6 Monate erfolgreich durchgeführten Alltagstest. Der Untersuchung liegt ein Fragebogen zugrunde, mit welchem die postoperativen Bereiche

- Anpassung (Einkommen und Arbeit),
- Partnerbeziehung,
- geeignete Kleidung,

- Zufriedenheit mit Sexualfunktion,
- dem chirurgischen Ergebnis und
- dem neuen Geschlechtsstatus erfragt werden.

Die Männer sind hier jünger als die Frauen und es gibt andere Voraussetzungen für Heirat und Adoption. Diese kulturbedingten Eigenheiten berühren aber die Kriterien des Fragebogens nicht. Auch in diesem Kollektiv resultiert die meiste Enttäuschung postoperativ auf dem nicht funktionierenden Neophallus. Dennoch sind alle Patienten mit dem Gesamtergebnis zufrieden. Überwiegend positiv werden die Kategorien sexuelles Erleben, Partnerschaft, Arbeit und Lebenszufriedenheit bewertet. Auch hier scheinen die Frau-zu-Mann-Fälle günstiger abzuschneiden als die Mann-zu-Frau-Fälle. Eine zweite Untersuchung von 1995 beschreibt die Ergebnisse 17 chinesischer Frau-zu-Mann-Transsexueller, die zwischen 1989 und 1992 behandelt wurden. In keinem Fall konnte ein funktionierender Neophallus verifiziert werden. Mehrheitlich leben die Betroffenen vor und nach der Operation bei den Eltern. Diese sprechen zur Durchführung des Eingriffs ein erhebliches Wort mit, obwohl die Patienten zu diesem Zeitpunkt im Schnitt 29 Jahre alt sind. Ein Drittel ist vom chirurgischen Resultat enttäuscht. Diese Aussage muß allerdings relativiert werden, da die Behandlung vom Autor selbst als nicht abgeschlossen bezeichnet wird.

Die erste gründliche Untersuchung mit überzeugenden Ergebnissen zugunsten geschlechtsangleichender Operationen stammt aus Schweden. Eldh et al. berichten über 136 eigene Patienten. Der Schwerpunkt ihrer Untersuchung liegt auf der Bewertung des chirurgischen Ergebnisses unter Einbeziehung 90 beantworteter Fragebögen. In Schweden dauert die präoperative Phase 3 Jahre. Operiert werden nur schwedische Staatsbürger. In ganz Schweden wurden zwischen 1965 und 1995 175 Patienten operiert. Die Prävalenz wird mit 0,14 pro 100.000 Einwohner angegeben. Die Ergebnisse werden in Abhängigkeit von der Operationsmethode mit einem durchschnittlichen Follow-up von 5,8 Jahren dargestellt. 1985 wurde die Operationstechnik wesentlich geändert, was dazu führt, daß weniger Eingriffe pro Patient und kürzere Verweildauern im Krankenhaus mit weniger Komplikationen und weniger Revisionen zustande kamen. Insgesamt hatten nur 2 der 175 Patienten eine Stimmbandoperation. Die Zufriedenheit der später operierten Gruppe mit dem chirurgischen Ergebnis liegt deutlich höher, was sich auch im Gesamtergebnis deutlich bemerkbar macht. Hier ist nur noch in 14 % der Fälle von einem Misserfolg die Rede. Das sexuelle Erleben wird von 55 % der Mann-zu-Frau-Patienten als zufriedenstellend, von 38% der Frau-zu-Mann-Transsexuellen als nicht existent bezeichnet. 49 % der Patienten leben isoliert, 47 % sind ganz oder teilweise auf staatliche Unterstützung angewiesen. Als prognostischer Faktor für

spätere Zweifel an der Operationsentscheidung bestätigt sich in diesem Kollektiv, bei Operation über 30 Jahre als gewesen zu sein.

Besorgniserregend sind dagegen die Ergebnisse, die in einer Schweizer Studie vorgelegt werden. Von 69 Patienten, die zwischen 1970 und 1990 die Psychiatrische Universitätsklinik in Basel aufgesucht haben, konnten 13 Mann-zu-Frau und 4 Frau-zu-Mann-Patienten für die Untersuchung rekrutiert werden. Das lost-to-follow-up ist erheblich. Die Autoren legen Wert auf eine differenzierte Ergebnisdarstellung; das grobe Kriterium 'hat die Operation nicht bereut' erscheint unzureichend. Die Katamnesedauer beträgt hier 5 - 20 Jahre. Demnach findet sich eine hochsignifikante Verschlechterung der sozialen Situation, wobei die Art der Tätigkeit, falls der Betroffene arbeitet, genau erfragt wird. Soziale Isolation spielt eine große Rolle. 11 von 13 Mann-zu-Frau-Patienten leben allein. 8 von Ihnen haben Probleme im sexuellen Erleben. Es gibt eine große Diskrepanz zwischen angegebener Zufriedenheit mit der Operation und im Interview wahrgenommener Befindlichkeit. Hier schlägt den Untersuchern Angst, Depressivität, Sucht und Verzweiflung entgegen. Deswegen erscheint ihnen das Identitätsproblem operativ nicht lösbar. Bei den Mann-zu-Frau-Fällen ist deutlich eine Verschlechterung festzustellen; den Frau-zu-Mann-Patienten geht es eventuell etwas besser - 2 sind zufrieden und 2 sind depressiv.

Die letzte in diesem Abschnitt beschriebene Studie ist die von Rehmann et al. über ein Patientenkollektiv aus New York. 47 Patienten wurden in der Zeit von 1980-1994 in der Urologischen Abteilung des Montifiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine operiert. Nach drei Jahren follow-up sind 28 d. h. 59,6 % für diese Studie kontaktiert. Alle haben einen ausführlichen Fragebogen beantwortet, 11 konnten persönlich interviewt werden. Das Bemühen um eine ganzheitliche Bewertung ist sichtbar, insbesondere wird der postoperative Befund und das Sexualeben erfragt sowie der genaue Verlauf des Anpassungsprozesse inklusive das Erleben der Frauenrolle. Es wurden verschiedene operative Techniken angewandt.

- 3 der 28 Patienten mussten mit Coloninterponaten revidiert werden.
- 7 von 28 klagen über Dyspareunie.

Dennoch finden alle, es gehe ihnen es besser.

- 25 haben keine medizinischen Probleme.
- Am häufigsten (7 von 28) wird über eine zu geringe Vaginalweite geklagt.
- 3 geben emotionale Schwierigkeiten zu, keine bedauert die OP-Entscheidung.
- 15 hatten Geschlechtsverkehr - alle 15 beschreiben Schmerzen dabei.

- 6 der Betroffenen haben ihren Job verloren,
- 4 blieben arbeitslos.
- 7 finden, daß die Operation nur einen kleinen Teil ihrer Probleme gelöst hat.

Es gibt Schwierigkeiten bei der postoperativen Adaptation an die weibliche Rolle. Zwar findet sich eine individuelle psychische Stabilisierung, aber gleichzeitig die Notwendigkeit zu weiterer postoperativer Psychotherapie. Der Autor hält den Operationszeitpunkt von Anfang 30 für Mann-zu-Frau-Transsexuelle für richtig. Wenn man bedenkt, wie viel von der weiblichen Sozialisation bis zu diesem Zeitpunkt abgelaufen und nicht mehr nachzuholen ist, erscheint dieser Zeitpunkt spät.

4.4 Fazit

Zusammenfassend ist festzuhalten, daß die Ergebnisse der soeben beschriebenen Studien sowohl abhängig von der Differenziertheit des Untersuchungsansatzes sowie auch von der Katamnesedauer sind. Je genauer nachgefragt wird, um so mehr offenbaren sich auch die Unzulänglichkeiten der operativen Maßnahmen. Vor allem sollte Zufriedenheit nicht gleichgesetzt werden mit dem Fakt, daß kein Rückwandlungsantrag gestellt wurde. Bei längeren Katamnesedauern kommen Probleme mit der neuen Rollenidentität deutlicher heraus. Dennoch ist es schwierig zu entscheiden, ob letztendlich mehr gewonnen oder verloren wurde. Für jeden Patienten ist die Balance zwischen Gewinn im Intrapyschischen, die Geschlechtsrolle betreffenden Bereich mit dem Verlust von Beziehungen und Trennungen z. B. von der Familie, von den Kindern, dem bisherigen Lebenspartner und nicht zuletzt dem Arbeitsplatz individuell zu bewerten. In der Tat löst eine geschlechtsangleichende Operation nicht alle Lebensprobleme. Dennoch lässt sich festhalten, daß über die Zeit eine deutliche Verbesserung der Operationstechnik und der Indikationsstellung durch Beschreibung der Kerngruppen möglich geworden ist.

Vier wesentliche Kriterien bestimmen den Erfolg der Behandlung:

1. die sichere Diagnose
2. gute körperliche Voraussetzung
3. ein gutes chirurgisches Ergebnis
4. eine stabile Persönlichkeitsstruktur mit Unterstützung durch Familie und Freunde.

4.5 Spezielle Forschungsansätze

4.5.1 Gibt es spezifische Indikatoren für unglückliche Verlaufsformen?

Drei weitere Arbeiten beschäftigen sich explizit mit der Frage, prognostische Faktoren für das Bedauern der Operationsentscheidung zu identifizieren, um die diagnostische Sicherheit noch weiter zu vergrößern und aus den bisherigen Misserfolgswfällen zu lernen.

Offen bedauert wird die Operationsentscheidung von etwa 4 % der Behandelten. Die Rate der indirekt unglücklichen oder weiterhin ambivalenten Patienten lässt sich anhand der Studienangaben zwischen 10 und 25 % ansetzen. Dieser Befund war für Lindemalm et al. Ansporn, 1987 eine erste Untersuchung über mögliche Prognosefaktoren zu unternehmen. Für dieselben 13 Patienten, über die er 1986 berichtet hat, werden Korrelationen über 35 Aspekte der Vorgeschichte erstellt. Demnach erscheint als prognostisch ungünstig der Verlust der Eltern in früher Kindheit, Hypo- oder Asexualität, Alter über 30 Jahre bei Erstvorstellung, abgeleiteter Militärdienst und harte Männerarbeit. Als prognostisch günstig erweist sich eine stabile Gesundheit. Der Ansatz ist interessant aber statistisch nicht sicher genug, um darauf den Ausschluss von Behandlungen postulieren zu können.

Blanchard et al. kam bei der Suche nach Prädiktoren des Misserfolgs auf die Frage nach vorangegangener homo- bzw. heterosexueller Liebesbeziehungen. Nach der hier verwendeten Definition ist homosexuell, wer Partner gleichen chromosomalen Geschlechts sucht. Bis Oktober 1985 wurden in Toronto 134 Patienten operiert. 111 füllten den vorlegten Fragebogen aus, 61 biologische Frauen und 50 biologische Männer. Von diesen waren 14 hetero-, 36 homosexuell. Die heterosexuell orientierten Patienten sind bei Erstvorstellung deutlich älter (41, 4 Jahre gegenüber 29,0 Jahre). Als Indikator für bewusstes Bedauern postoperativ wird konkret danach gefragt. Von den homosexuell orientierten Patienten bedauerte keiner, weder Frauen noch Männer, den Eingriff durchgeführt zu haben, von den heterosexuell orientierten Mann-zu-Frau-Fällen aber 4 von 14. Deren heterosexuelle Orientierung war schon lange vor Beginn der Studie identifiziert. Es handelt sich also nicht um einen nachträglich zugeschriebenen Faktor. 2 dieser 4 arbeiten inzwischen als Männer, nicht zuletzt deswegen, weil sie damit ein höheres Gehalt erzielen können.

Landen et al. gehen der Frage nach den prädiktiven Faktoren für die nachträglich bedauerte Entscheidung in einem Rechenansatz mit logistischer Regression nach. Es werden alle seit 1972 in Schweden mit Antrag auf Geschlechtsangleichung offiziell registrierten Personen, d. h. 213 Fälle in die Untersuchung einbezogen. Von diesen gab es 8 mit Rückwandlungs-

wunsch. Aus früheren Zeiten, also vor 1972, kommen noch weitere 5 hinzu, so daß die beiden Untersuchungsgruppen aus 13 mit Rückwandlungswunsch und 205 ohne bestehen. Als wesentliche Merkmale der Kerngruppe gelten: eine Aversion gegen die biologischen Geschlechtsmerkmale, ein effeminiertes Verhalten als Kind, das Fehlen sexueller Erregbarkeit bei cross-dressing und die sexuelle Neigung zum gleichen biologischen Geschlecht.

Zusammenfassend wird für die Kerngruppenpatienten als vorrangig eine erotische Einsamkeit beschrieben, unter der sie leiden. Die Nichtkerngruppe Transsexueller beinhaltet Übergang zum Transvestitismus bzw. zur Homosexualität. Außerdem ist als wichtige Rechenvariable die schlechte Unterstützung durch die Familie eingesetzt worden. Im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie mit Follow-up von 4 bis 24 Jahren werden in einer Reihe anamnestischer Variablen im Vergleich der Gruppen 'Operationsentscheidung bedauert' bzw. 'Operationsentscheidung nicht bedauert' miteinander korreliert. Immer wenn der p-Wert $\leq 0,2$ ausfiel, wurden odds ratios mit Konfidenzintervallen berechnet. Damit erweisen sich folgende Variable als mögliche prognostische Faktoren für die Gruppe derer, die die Entscheidung hinterher doch bedauert haben: instabile Persönlichkeit, schlechte Unterstützung von der Familie, psychiatrische Behandlung in der Vorgeschichte, Psychose, Zugehörigkeit zur Nichtkerngruppe, Übergang zur Homosexualität (was sehr gut zu den Befunden von Blanchard passt). Interessant ist, daß der letzte Rückwandlungswunsch in Schweden 1982 vorgefallen ist. Wie bekannt, wird seit 1985 eine bessere Operationstechnik angewandt. Mit dem letzten Rechengang der logistischen Regression bleiben 2 Variable als valide Faktoren übrig: die fehlende Unterstützung durch die Familie und die Zugehörigkeit zur Nichtkerngruppe - wobei aber zu berücksichtigen ist, daß 38 von 45 dieser Patienten, also 84 % ihre Entscheidung nicht bedauert haben.

Als Fazit empfehlen die Autoren, wann immer ein problematisches Kriterium auffällt, soll um so sorgfältiger diagnostiziert und beraten werden.

4.5.2 Behandlungsbeginn für Jugendliche

Cohen-Kettenis und van Goozen legen dazu eine Pionierarbeit aus den Niederlanden vor. Hier wird über 14 Frau-zu-Mann und 5 Mann-zu-Frau-Transsexuelle berichtet, die i. S. eines nicht etablierten Behandlungsmodells vor dem 18. Lebensjahr zur Behandlung zugelassen wurden. Sie durchliefen ein strenges Auswahlverfahren und bekamen zunächst eine partielle Hormonbehandlung, die zu lediglich reversiblen Veränderungen führte und insbesondere Bartwuchs und Stimmbruch zu verhindern half. In ausführlichen Tests konnten günstige Resultate ermittelt werden. Die Autoren sind sich aber darüber im klaren, daß die Frage eines Behandlungsbeginns Transsexueller vor dem 18. Lebensjahr ein wissenschaftlich noch nicht geklärt Forschungsgegenstand ist, schließlich gibt es während der Pubertät eine

Reihe von Identitätskrisen - auch solche der Geschlechtsidentität - die nicht notwendig mit einer geschlechtsangleichenden Operation zu lösen sind. Auch die Frage nach der rechtlichen Relevanz einer Behandlungseinwilligung wäre für diese Patienten noch zu klären.

Für die Anwendungsfälle der MDK-Arbeitshilfe soll die Frage nach Behandlungsoption vor dem 18. Lebensjahr außer Betracht bleiben.

4.6 Literatur

Blanchard, Ray et al.: prediction of regrets in postoperative transsexuals

in: Can. J. Psychiatry, Vol. 34, Febr. 1989, p. 43 - 45

Bodlund, O. and Kullgren, G.: transsexualism - general outcome and prognostic factors: a five-year follow-up study of nineteen transsexuals in the process of changing sex

in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 25, No. 3, 1996, p. 303 - 316

Cohen-Kettenis, Peggy and v. Goozen, Stephanie: Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study

in: J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 36, 2, Febr. 1997, p. 263 - 271

Eldh, Jan, et al.: Long term follow-up after sex reassignment surgery

in: Scand J Plast Reconstr Hand Surg 31, 1997, p. 39 - 45

Hunt, D. and Hampson, J.: Follow-up of 17 biologic male transsexuals after sex-reassignment surgery

in: Am J Psychiatry 137, 4, April 1980, p. 432 - 438

van Kesteren, P., Gooren, L. and Megens, J.: An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands

in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 25, No. 6, 1996, p. 589 - 600

Kockott, G. and Fahrner, E.-M.: Transsexuals who have not undergone surgery: a follow-up study

in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 16, No. 6, 1987, p. 511 - 522

Kuiper, B. and Cohen-Kettenis, P.: Sex reassignment surgery: a study of 141 dutch transsexuals

in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 17, No. 5, 1998, p. 439 - 457

Landén, M. et al.: Factors predictive of regret in sex reassignment
in: Acta Psychiatr. Scand., 97, 1998, p. 284 - 289

Lindemalm, G. et al.: Prognostic factors vs. outcome in male-to-female transsexualism
in: Acta Psychiatr. Scand., 75, 1987, p. 268 - 274

Lindemalm, Gunnar et al.: Long-term follow-up of „sex change“ in 13 male-to-female transsexuals
in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 15, No. 3, 1986, p. 187 - 210

Mate-Kole, Charles et al.: a controlled study of psychological and social change after surgical gender reassignment in selected male transsexuals
in: British Journal of Psychiatry, 157, 1990, p. 261 - 264

Pauly, Ira: Outcome of sex reassignment surgery for transsexuals
in: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15, 1981, p. 45 - 51

Rakic, Zoran et al.: The outcome of sex reassignment surgery in Belgrade: 32 patients of both sexes
in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 25, No. 5, 1996, p. 515 - 525

Rauchfleisch, U., et al.: Resultate einer Langzeitkatamnese von Transsexuellen
in: Der Nervenarzt 69, 1998, S. 799 - 805

Rehman, Jamil et al.: The reported sex and surgery satisfactions of 28 postoperative male-to-female transsexual patients
in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 28, No. 1, 1999, p. 71 - 89

Ross, M. and Need, J.: Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male-to-female patients
in: Archives of Sexual Behavior, Vol. 18. No. 2, 1989, p. 145 - 153

Snaith, P., Tarsh, M. and Reid, R.: Sex reassignment surgery - a study of 141 dutch transsexuals
in: British Journal of Psychiatry, 162, 1993, p. 681 - 685

Sorensen, T.: A follow-up study of operated transsexual males
in: Acta Psychiatr. Scand., 63, 1981, p. 486 - 503

Tsoi, W. F.: Follow-up study of female transsexuals
in: Ann Acad Med Singapore, 24, 1995, p. 664 - 7

Tsoi, W. F.: Follow-up study of transsexuals after sex-reassignment surgery
in: Singapore Med J , Vol. 34, 1993, p. 515 - 517

5. Begutachtungsempfehlungen zur Operationsindikation bei Transsexualität im MDK

5.1 Einleitung

Gemäß seinem Auftrag nimmt der Gutachter des Medizinischen Dienstes zu sozialmedizinischen Fragen Stellung, deren Klärung die Krankenkassen für ihre Entscheidungen benötigen. Der Medizinische Dienst berät in allen medizinischen Angelegenheiten, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern und Leistungsmissbrauch vorzubeugen; so auch in der Transsexuellenbegutachtung, wo der MDK-Gutachter gegenüber der beauftragenden Krankenkasse eine Empfehlung abzugeben hat hinsichtlich der gewünschten und beantragten "geschlechtsangleichenden" Operation.

Das Sozialgesetzbuch V stellt im § 275 Abs. 5 fest, dass die Ärzte des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind; der MDK-Gutachter ist daher gerade in der Transsexuellenbegutachtung gefordert - neben der Berücksichtigung der Interessen der Solidargemeinschaft - vor allem im Interesse des Versicherten besondere Fürsorge walten zu lassen, da es sich bei der gewünschten "geschlechtsangleichenden" Operation um zumeist unumkehrbare Eingriffe an körperlich Gesunden handelt.

In diesem Zusammenhang verdeutlicht eine MDK-interne Studie aus Hessen (v. Schack et v. Mittelstaedt, 1999) beim überwiegenden Teil der beim MDK untersuchten Transsexuellen eine erschreckend unzureichende Vorbereitung und psychologische Begleitung auf ihrem Weg zur Transformation, die verständlicherweise eine grundlegende Änderung der bisher gewohnten und vertrauten Lebenssituation bedeuten muss. Häufig besteht das "Expertengutachten" lediglich aus der Zusammenfassung des Versichertenberichtes über subjektives Empfinden, aus der chronologischen Anamnese und der Selbstinterpretation des Lebenslaufes; Berichte über eine durchgeführte qualifizierte Psychotherapie schrumpfen bei kritischer Nachfrage auf über das Jahr verteilte vereinzelte Beratungsgespräche. Insbesondere werden Hormonbehandlungen lange vorher ohne gutachterliche Reflexion eingeleitet; damit ist die innere Entwicklung des Versicherten definiert und das weitere medizinische Procedere "präjudiziert".

Gelegentlich zeigt sich auch eine auffällige tendenziöse emotionale Anteilnahme von Seiten des sachverständigen Transformationsbefürworter für seinen Klienten. Das Begehren der Operationsbefürworters ist bislang ungeklärt; psychologische Untersuchungen hierzu sind nicht

bekannt. Die Frage, inwieweit der Wunsch des Betroffenen⁸ nach sexueller Verstümmelung iatrogen mit verursacht ist, muss daher offen bleiben.

Affektive Verwicklungen eines solchen "Experten" in die Problematik seines transsexuellen Klienten bedeutet Anteilnahme, bedeutet eine subjektive Sichtweise und lässt die für eine möglichst objektive Beurteilung notwendige emotionale Distanz nicht zu.

Zu fordern sind als sachverständige Gutachter demnach Experten, deren Qualifikation durch entsprechende Ausbildung in Diagnostik und Therapie nachgewiesen ist, d.h. Fachärzte für Psychiatrie.

5.2 Psychotherapie

Die Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen⁹ der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft¹⁰ (s. Becker et al. , 1998) fordern neben *Standards der Diagnostik und Differentialdiagnostik*, den *Standards der Indikationsstellung zur somatischen Behandlung*, den *Standards der somatischen Behandlung* sowie den *Standards der Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz* auch "Standards der Psychotherapie/psychotherapeutische Begleitung".¹¹

Sie (die psychologische Begleitung) müsse in jedem Fall vor der Einleitung somatischer Therapiemaßnahmen stehen, sie sei neutral gegenüber dem transsexuellen Wunsch und habe weder das Ziel, dieses Bedürfnis zu forcieren, noch es aufzulösen. Darüber hinaus solle sie dazu dienen, die Diagnose der Transsexualität zu sichern.

Dieser letzte Punkt, die Sicherung der Diagnose, erscheint jedoch problematisch, da hauptsächlich der Betroffene mit seinem "Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden" (ICD-10), die Diagnose selbst

⁸ Die ICD-10 beschreibt im Kapitel der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) den Transsexualismus (F64.0) - neben Transvestitismus (F64.1) und Störungen der Geschlechtsidentität des Kindesalter (F64.2) - als Störung der Geschlechtsidentität (F64) wie folgt: "Es besteht der Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden ...". Der Betroffene bestimmt somit im wesentlichen seine Diagnose selbst.

⁹ Im weiteren Text als "Standards" bezeichnet.

¹⁰ „Eine Expertenkommission, bestehend aus Mitgliedern der drei führenden deutschen sexologischen Gesellschaften, hat ... Richtlinien zur Behandlung und Begutachtung Transsexueller erarbeitet. Sie sollen im Sinne einer Qualitätssicherung dazu dienen, die Betreuung von Patienten mit Geschlechtsidentitätsstörungen, insbesondere von Transsexuellen, auf ein einheitliches Niveau zu heben und Fehlentscheidungen zum Nachteil der Betroffenen zu vermeiden." (G. Kockott, München, 1998, Seite 164).

¹¹ Obwohl von *Psychotherapie und psychotherapeutischer Begleitung* die Rede ist, scheinen die „Standards“ ausschließlich die *psychotherapeutische Begleitung* zu meinen.

bestimmt und der sachverständige Experte im wesentlichen Ausschlussdiagnostik betreibt.¹² Ursachen und Verlaufsbedingungen von Störungen der Geschlechtsidentität sind - wie im Einleitungskapitel der "Standards" (Becker et al. , 1998) hingewiesen - "noch weitgehend ungeklärt und Gegenstand verschiedenartiger theoretischer Ansätze"; die Diagnostik orientiert sich - entsprechend den Forderungen der ICD-10 - an der auf der reinen Deskription beruhenden Vorgehensweise von Symptombeschreibung und Verhaltensbeobachtung.¹³

Die in den "Standards" geforderte Qualifikation des Therapeuten als ein Experte, der - neben seinen durch entsprechende Ausbildung erworbenen psychodiagnostischen, psychopathologischen und psychotherapeutischen Kompetenzen - auch "mit den Problemen der Transsexualität auf dem aktuellen Kenntnisstand vertraut sein (muss)", ist als Selbstverständlichkeit zu nehmen.¹⁴

Die Forderung nach besonders mit der Transsexualität befassten Therapeuten ist kritisch zu betrachten; im Gegenteil, zu fordern wäre eine Psychotherapie - wie sonst allgemein auch - mit einem psychotherapeutischen Setting, welches Raum lässt für eine offene Bearbeitung von Problemen jeglicher Art, die den Patienten belasten und ihn möglicherweise daran hindern, die für ihn adäquate Auseinandersetzung zu finden im beruflichen oder privaten Bereich,¹⁵ wobei die Psychotherapie selbstverständlich nicht darin bestehen kann, eine „psychische Befindlichkeit“ des Patienten „dadurch zu heilen, dass (seinen) ... Wünschen ... voll entsprochen wird“.¹⁶

Der Psychotherapeut sollte sich daher weder an der Indikationsstellung zur Hormonbehandlung oder zur Transformationsoperation beteiligen, noch an der Begutachtung im Rahmen des Transsexuellengesetzes.

¹² Nach Pfäfflin, 2000, S. 453, sind wichtige ätiologische Fragen bisher noch ungeklärt; die Diagnose müsse sich daher auf die drei Pfeiler „Phänomenologie, Struktur und Verlauf“ stützen.

¹³ Der Anspruch der ICD ist es, durch die Bereitstellung diagnostischer Kriterien auf der Grundlage "objektiver Daten" - gewonnen durch "objektive Beobachtung" - die Zuverlässigkeit diagnostischer Urteile zu verbessern, die Reliabilität der Beobachtungen unter den Diagnostikern zu erhöhen. Generationen von Diagnostikern werden darin geschult, mit Hilfe von "Checklisten" die gewonnenen "objektiven Daten" - durch Abfragen und Auflisten von Symptomen - entsprechend zu gruppieren, um sie so bestimmten Zustandsbildern zuordnen zu können. Diese Art der Vorgehensweise erhöht sicherlich die Übereinstimmung unter den Diagnostikern, die theoretische und therapeutische Relevanz jedoch des so Benannten bleibt unreflektiert. Die Frage der Validität scheint bei dieser deskriptiven Vorgehensweise von nur untergeordneter Bedeutung zu sein.

¹⁴ Auszuschließen allerdings ist eine Insider-Therapie als Alibitherapie durch Therapeuten, die involviert sind in die bestehende Subkultur der Transsexualität.

¹⁵ Eine Transsexuellenpsychotherapie durch einen besonders mit der Transsexualität befassten Therapeuten, eines Transsexuellenpsychotherapeuten, wäre wie die somatische Behandlung durch einen ärztlichen Experten für Fieber, der einen Fieberkranken lediglich mit Aspirin behandeln würde, ohne eine Therapie der das Fieber verursachenden Pneumonie mit einem wirksamen Antibiotikum durchzuführen.

¹⁶ Urteil des LSG Berlin vom 25.11.1998, Seite 4f; Az: L 9 Kr 64/98.

Ebenso abzulehnen ist die Forderung der "Standards" an die Psychotherapie, die Diagnose der Transsexualität sichern zu helfen durch gutachterliche Äußerungen; eine Psychotherapie ist nicht möglich in einer Atmosphäre, in welcher der Patient in seinem Erleben befürchten muss, dass seine Privatsphäre öffentlich gemacht wird durch Übermittlung von Therapieinhalten in Therapiegutachten an die Krankenkassen, die als Leistungsträger über die Kostenübernahme der angestrebten Operation entscheiden. Allenfalls hat der Psychotherapeut als Anwalt und Vertrauensperson seines Patienten sein Votum darüber abzugeben, dass als ein Therapieziel es gelungen ist, den Patienten zur freien Bestimmung seines Willens, zu einem Mehr an innerer Entscheidungsfreiheit, zu befähigen.

Die Komplexität der Psychopathologie von Personen mit transsexuellem Verlangen bringt es mit sich, zur hinreichenden Reflexion der Biographie und gegenwärtigen Lebensumstände des Patienten mit seiner Identitätsproblematik – im Idealfall - eine psychotherapeutische Langzeittherapie¹⁷ von zwei Jahren zu fordern. Erst mit Abschluss der Therapie wären die weiteren Schritte zur Transformation einzuleiten, sowohl juristischer¹⁸ als auch medizinischer Art¹⁹.

Als unabdingbarer Schritt allerdings ist die in den „Standards“ geforderte psychotherapeutische Begleitung in Verbindung mit dem Alltagstest zu nennen; dabei bleibt es dem transsexuellen Betroffenen überlassen, ob der psychotherapeutische Begleiter (im Sinne der „Standards“) identisch ist mit dem Therapeuten einer im Idealfall zuvor abgeschlossenen Langzeitpsychotherapie.²⁰

Der Alltagstest dient der Erprobung der allgemeinen sozialen Fertigkeiten des Klienten unter den Bedingungen des freien und uneingeschränkten Lebens in der gewünschten Geschlechterrolle und soll zum Zeitpunkt der MDK-Begutachtung mindestens ein Jahr angedauert haben mit psychotherapeutischen Begleitsitzungen in wenigstens wöchentlichen Abständen.

5.3 Diagnostik

Diagnosefindung und Indikationsstellung zur Transformationsoperation haben somit nicht durch den zuvor behandelnden Psychotherapeuten zu erfolgen, sondern durch den ärztlichen Sachverständigen, der im Rahmen eines längerfristigen diagnostischen Prozesses in seinem Gutachten überzeugend seine Diagnosefindung darzulegen hat. Dabei ist neben einer

¹⁷ Sinnvoll erscheint hier die tiefenpsychologisch/psychoanalytische Therapieform.

¹⁸ So auch das Verfahren der Einleitung zur Vornamensänderung nach dem Transsexuellengesetz.

¹⁹ So auch die Indikation zur Hormontherapie unter Einschaltung des MDK.

²⁰ Als Qualifikation hat der Psychotherapeut, ob Arzt oder Psychologe, eine abgeschlossene Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder in Psychoanalyse oder in Verhaltenstherapie nachzuweisen durch ein von den jeweiligen Landesärztekammern anerkanntes Ausbildungsinstitut. Die Abrechnung der Thera-

fachlichen körperlichen "Untersuchung mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes"²¹ durch Organmediziner zusätzlich eine eingehende psychiatrische Diagnostik des Klienten durch den Facharzt für Psychiatrie zu fordern unter besonderer Berücksichtigung seiner psychosexuellen Entwicklung mit möglichen Auswirkungen auf das Strukturniveau seiner Persönlichkeit, die seine gegenwärtige Lebenssituation bestimmt.²²

Der diagnostische Prozess hat sich dabei hauptsächlich weder an dem vom Klienten mitgeteilten Unbehagen hinsichtlich seiner biologischen Geschlechtszugehörigkeit zu orientieren noch an seinem "Leidensdruck und/oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionen"; es bleibt vor allem zu klären, ob die vorliegende Symptomatik für eine tiefgreifende Persönlichkeitsstörung oder Ich-Störung steht, die gegenwärtig ihren Niederschlag in der Schilderung einer transsexuellen Symptomatik findet. Der Stellenwert der transsexuellen Symptomatik für das - wenn auch labile - Gleichgewicht des Versicherten muss erörtert werden.

Dabei bleibt zu bedenken, dass bei jeder Diagnosenstellung - die mit der ICD-10 ein operationales Klassifikationssystem psychischer Störungen präferiert²³ - nicht nur für die neue Physik, sondern auch für psychische Abläufe gilt, dass sich das Beobachtbare mit dem Standpunkt des Beobachters verändert.²⁴ Denn was für den einen Diagnostiker als verstehbar und nachvollziehbar erscheint, muss nicht ebenso für den anderen gelten. Die Entscheidung darüber, was als "objektive Daten" gilt in der Beobachtung psychischen Verhaltens, ist abhängig von der subjektiven Einschätzung des Beobachters; man könnte auch formulieren, von seiner jeweiligen (bewussten, aber auch unbewussten) Willkür. Hier mögen sich die Experten hinsichtlich ihrer Introspektionsfähigkeit, die abhängig ist von der jeweiligen Lebensgeschichte, unterscheiden.²⁵

pie erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung; d.h., der Psychotherapeut hat sich dem Gutachterverfahren zu unterziehen.

²¹ Wie in den "Standards" unter Punkt 2.1 angegeben.

²² Dabei wäre die Frage zu klären, warum der Klient nicht bereit ist, unter anderem auch homosexuelle Phantasien zuzulassen.

²³ Im Übrigen hält Kendell (1978) den Begriff der "operationalen" Definition für unzulässig, da es bei der Diagnosenstellung in der Psychiatrie im Grunde genommen keine Operationalisierung gibt. Der Begriff der "semantischen" Definition dagegen wäre seiner Meinung nach zutreffender, denn bei der Klassifizierung psychiatrischer Krankheiten gehe es um Anwendungsregeln bei der Registrierung phänomenologischer Merkmale. Um aber auch die bloße Beobachtung mit einschließen zu können, sei der Ausdruck "operational" im Rahmen der psychiatrischen Diagnose durch Hempel (1961) großzügig interpretiert worden.

²⁴ Siehe hierzu auch Köhler, 1978, S. 1017.

²⁵ Zur Problematik der "Fallidentifizierung" in der Psychiatrie siehe auch Pohlen und Bautz (1973, S. 41ff), wonach neben dem "Krankheitsverhalten" eines Individuums ein Muster von bestimmten Verhaltensweisen, Einstellungen und Motivationen auf der Seite des Diagnostikers und Behandlers zu berücksichtigen ist.

5.4 Indikation

Die "Standards" fordern hinsichtlich des transsexuellen Wunsches, dass vor der Einleitung organmedizinischer Maßnahmen - der Indikation zur Hormonbehandlung und der Indikation zur Transformationsoperation - das Kriterium der "inneren Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts und seiner individuellen Ausgestaltung" gegeben sein muss.

Abgesehen von dieser unscharfen Formulierung sei nochmals daran erinnert, dass sich das Verstehbare und Nachvollziehbare für psychische Abläufe mit dem Standpunkt des Beobachters ändern. Der ärztliche Sachverständige hat sich mit seinen diagnostischen Erwägungen und der daraus abzuleitenden Indikationsstellung an der gegenwärtigen Lebenssituation des Versicherten zu orientieren, an dessen Beziehungsfähigkeit, die ausschlaggebend dafür ist, wie er sein soziales Lebensumfeld - einschließlich Partnerschaft - aktiv zu gestalten vermag. Sein Wunsch nach Transformation darf nicht Ausdruck sein eines inneren Unbehagens aufgrund eines nur mangelnden Vermögens zur Lebensbewältigung durch Trieb- und andere neurotische Konflikte; sein Leidensdruck darf nicht eine Persönlichkeitsentwicklung widerspiegeln mit Ichstörungen und möglichen damit einhergehenden Sexualstörungen.

Die von den "Standards" geforderte Lebbarkeit der gewünschten Geschlechterrolle und die realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen somatischer Behandlungen mögen zwar auch Inhalte der psychotherapeutischen Behandlung bzw. Begleitung sein; hier ist aber auch neben dem Operateur der MDK-Gutachter gefragt, der nach Vorliegen aller zur Begutachtung notwendigen Expertenunterlagen deren Inhalte auf Stimmigkeit prüft und bei vorhandenem Zweifel sich im persönlichen Gespräch mit dem Transsexuellen durch eigenen Augenschein von der Notwendigkeit und (auch der ästhetischen) Machbarkeit der geplanten Transformationsoperation zu vergewissern hat. Nur derjenige sollte operiert werden, der auch von seinem äußeren Aspekt die Voraussetzungen hierzu bietet; d.h., die soziale Akzeptanz nach der Operation muss auch vom äußeren Erscheinungsbild her gewährleistet sein.

Außerdem muss aus dem sachverständigen Expertenunterlagen die prognostische Einschätzung deutlich werden, "wie sich die Transformationsoperation auf die soziale Integration, Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit und Selbständigkeit ... auswirken wird". Es wäre nichts damit gewonnen, wenn der Operierte beziehungsgestört in weitgehend sozialer Isolation weiterzuleben gezwungen ist mit deutlicher Reduzierung seiner Lebensqualität.

5.5 Schlußfolgerung

Sowohl die Mängel - wie in den vorangegangenen Ausführungen dargestellt - der "Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen" der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft (Becker et al. , 1998) als auch die MDK-interne Studie aus Hessen (v. Schack et v. Mittelstaedt, 1999) verdeutlichen die Diskrepanz der Forderungen nach einer fachlich qualifizierten Begutachtung und der weithin üblichen Durchführung der psychotherapeutischen Behandlung, Diagnose- und Indikationsstellung von Personen mit einer transsexuellen Problematik. Da beim überwiegenden Teil der Untersuchten gravierende Mängel in der Vorbereitung zur gewünschten Transformation festzustellen sind, sollte sich der MDK-Gutachter anhand der vorgelegten Unterlagen an folgenden Empfehlungen orientieren:

- 1) Schriftliche Bestätigung desjenigen Therapeuten, der die wöchentliche psychotherapeutische Begleitung übernehmen wird, auch über die angestrebte Transformationsoperation hinaus.
- 2) Vorlage mindestens eines ärztlichen Attestes über körperliche Befunde inklusive des Hormonstatus; d.h. Nachweis einer fachlichen körperlichen Untersuchung mit Erhebung des gynäkologischen bzw. andrologischen/urologischen sowie endokrinologischen Befundes.
- 3) Schriftliche Vorlage zweier unabhängiger psychiatrischer Stellungnahmen, denen in nachvollziehbarer Weise der diagnostische Prozess zu entnehmen ist unter besonderer Berücksichtigung der psychosexuellen Entwicklung des Versicherten mit möglichen Auswirkungen auf das Strukturniveau seiner Persönlichkeit, die seine gegenwärtige Lebenssituation bestimmt. Die Indikationsstellung zum operativen Eingriff muss fundiert und nachvollziehbar dargestellt sein und auch den behandelnden Operateur überzeugen können.

Im Gegensatz zur juristischen Vorgehensweise gemäß dem Transsexuellengesetz haben die ärztlichen Stellungnahmen plausibel die Indikation zur somatischen Behandlung zu begründen. Es muss überzeugend nachvollziehbar sein, dass die vorliegende Symptomatik nicht Ausdruck einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung oder Ich-Störung ist, die gegenwärtig ihren

Niederschlag in der Schilderung der transsexuellen Symptomatik findet. Gutachterlich geklärt worden sein muss die Frage, ob die Transsexualität des Versicherten eine "Ventil- oder Stellvertreterfunktion" im Rahmen einer psychotherapeutisch noch nicht abgeschlossenen, behandelbaren Grundstörung einnimmt, somit die Operationsindikation eine Fehlentscheidung wäre.

Liegen die in den drei Punkten geforderten Unterlagen vollständig vor, hat der MDK-Gutachter die Inhalte der Expertenstellungnahmen auf deren Stimmigkeit zu prüfen. Er macht im Rahmen seiner sozialmedizinischen Überprüfung der Indikationsstellung durch die behandelnden Ärzte eine Bestandsaufnahme, wobei bei vorhandenen Zweifeln an der Plausibilität im Einzelfall durchaus die persönliche Begutachtung erfolgen kann, um sich im persönlichen Gespräch mit dem Transsexuellen auch überzeugen zu können sowohl von der Richtigkeit seiner durch Studium der Unterlagen gewonnenen Einschätzung als auch von der Machbarkeit der geplanten Transformationsoperation.

Erst auf der Grundlage der so erlangten Informationen ist die abschließende gutachterliche Aussage seitens des Medizinischen Dienstes zu organmedizinischen Maßnahmen möglich.

Das Erfordernis, die Hormonbehandlung erst nach der sozialmedizinischen Begutachtung zu beginnen, da mit dieser Therapie irreversible Vorgänge in Gang gesetzt werden, lässt sich zur Zeit noch nicht stringent einhalten, erscheint aber wünschenswert.²⁶

²⁶ Es ist einleuchtend, dass durch eine begonnene Hormonbehandlung oder gar durch eine bereits erfolgte Operation Tatsachen geschaffen wurden, die eine Prüfung der Voraussetzungen auf Plausibilität nicht mehr zulassen; die erforderliche Qualitätssicherung und die notwendige Sorgfalt im Interesse des Versicherten sind nicht mehr möglich.

5.6 Literatur

Becker, S. et al.: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Psycho* 24, 1998, Sonderausgabe II/98, S. 89-93.

Dilling, H.; Mombour, W., Schmidt, M. H.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber Verlag Bern, Göttingen, Toronto 1991.

Hempel, C.G.: Introduction to problems of taxonomy. In: *Field Studies in the Mental Disorders*, ed. Zubin, J. Grune and Stratton. New York 1961, S. 3-22.

Kendell, R. E.: *Die Diagnose in der Psychiatrie*. Enke Verlag Stuttgart 1978.

Kockott, G.: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 66, 1998, S. 164-169.

Köhler, L.: Über einige Aspekte der Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen im Lichte der historischen Entwicklung psychoanalytischer Theoriebildung. *Psyche* 32, 1978, S. 1001-1058.

Pfäfflin, F.: Begutachtung der Transsexualität. In: Foerster, K., Venzlaff, U. (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung*. 3. Auflage. München 2000.

Pohlen, M., Bautz, M.: Neue Forschungsaspekte sozialpsychiatrischer Epidemiologie als Konsequenz psychotherapeutischer Prozeßforschung. Teil II. *Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie* 23, 1973, S. 41-50.

Schack, Ch. v. et Mittelstaedt, G. v.: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen unter besonderer Berücksichtigung der sozialmedizinischen Perspektive. *Das Gesundheitswesen*, Thieme Verlag, 61. Jahrgang, 8/9 1999, S. A167

Sozialgesetzbuch. Reichsversicherungsordnung. Beck-Texte im dtv. München, Nördlingen 1990.

Sozialgesetzbuch (SGB), Essen 2000.

6. Anhang

6.1 Transsexuellengesetz vom 10. September 1980

Anhang A

Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen Transsexuellengesetz - TSG)

Vom 10. September 1980

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Erster Abschnitt Änderung der Vornamen

§1 Voraussetzungen

(1) Die Vornamen einer Person, die sich auf Grund ihrer transsexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, sind auf ihren Antrag vom Gericht zu ändern, wenn

1. sie Deutscher im Sinne des Grundgesetzes ist oder wenn sie als Staatenloser oder heimatloser Ausländer ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder als Asylberechtigter oder ausländischer Flüchtling ihren Wohnsitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat,

2. mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß sich ihr Zugehörigkeitsempfinden zum anderen Geschlecht nicht mehr ändern wird, und

3. sie mindestens fünfundzwanzig Jahre alt ist (Hinweis: Das Bundesverfassungsgericht hat am 26.1.1993 die Altersgrenze aufgehoben (siehe die Beiträge von Augstein und Kanstein)).

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will.

§2 Zuständigkeit

(1) Für die Entscheidung über Anträge nach § 1 sind ausschließlich die Amtsgerichte zuständig, die ihren Sitz am Ort eines Landgerichts haben. Ihr Bezirk umfaßt insoweit den Bezirk des Landgerichts. Haben am Orte des Landgerichts mehrere Amtsgerichte ihren Sitz, so bestimmt die Landesregierung durch Rechtsverordnung das zuständige Amtsgericht, soweit nicht das zuständige Amtsgericht am Sitz des Landgerichts schon allge-

mein durch Landesrecht bestimmt ist. Die Landesregierung kann auch bestimmen, daß ein Amtsgericht für die Bezirke mehrerer Landgerichte zuständig ist. Sie kann die Ermächtigungen nach Satz 3 und 4 durch Rechtsverordnung auf die Landesjustizverwaltung übertragen.

- (2) Örtlich zuständig ist das Gericht, in dessen Bezirk der Antragsteller seinen Wohnsitz oder, falls ein solcher im Geltungsbereich dieses Gesetzes fehlt, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat; maßgebend ist der Zeitpunkt, in dem der Antrag eingereicht wird. Ist der Antragsteller Deutscher und hat er im Geltungsbereich dieses Gesetzes weder Wohnsitz noch gewöhnlichen Aufenthalt, so ist das Amtsgericht Schöneberg in Berlin zuständig; es kann die Sache aus wichtigen Gründen an ein anderes Gericht abgeben; die Abgabeverfügung ist für dieses Gericht bindend.

§3

Verfahrensfähigkeit, Beteiligte

- (1) In Verfahren nach diesem Gesetz ist eine in der Geschäftsfähigkeit beschränkte Person zur Vornahme von Verfahrenshandlungen fähig. Für eine geschäftsunfähige Person wird das Verfahren durch den gesetzlichen Vertreter geführt. Der gesetzliche Vertreter bedarf für einen Antrag nach § 1 der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.
- (2) Beteiligte des Verfahrens sind nur
1. der Antragsteller,
 2. der Vertreter des öffentlichen Interesses.
- (3) Der Vertreter des öffentlichen Interesses in Verfahren nach diesem Gesetz wird von der Landesregierung durch Rechtsverordnung bestimmt.

§4

Gerichtliches Verfahren

- (1) Auf das gerichtliche Verfahren sind die Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit anzuwenden, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Das Gericht hört den Antragsteller persönlich an.
- (3) Das Gericht darf nach einem Antrag nach § 1 nur stattgeben, nachdem es die Gutachten von zwei Sachverständigen eingeholt hat, die auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrung mit den besonderen Problemen des Transsexualismus ausreichend vertraut sind. Die Sachverständigen müssen unabhängig voneinander tätig werden, in ihren Gutachten haben sie auch dazu Stellung zuzunehmen, ob sich nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft das Zugehörigkeitsempfinden des Antragstellers mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr ändern wird.
- (4) Gegen die Entscheidung, durch die einem Antrag nach § 1 stattgegeben wird, steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu. Die Entscheidung wird erst mit der Rechtskraft wirksam.

§5 Offenbarungsverbot

- (1) Ist die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert werden, rechtskräftig, so dürfen die zur Zeit der Entscheidung geführten Vornamen ohne Zustimmung des Antragstellers nicht offenbart oder ausgeforscht werden, es sei denn, daß besondere Gründe des öffentlichen Interesses dies erfordern oder ein rechtliches Interesse glaubhaft gemacht wird.
- (2) Der frühere Ehegatte, die Eltern, die Großeltern und die Abkömmlinge des Antragstellers sind nur dann verpflichtet, die neuen Vornamen anzugeben, wenn dies für die Führung öffentlicher Bücher und Register erforderlich ist. Dies gilt nicht für Kinder, die der Antragsteller nach der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 angenommen hat.
- (3) In dem Geburtseintrag eines leiblichen Kindes des Antragstellers oder eines Kindes, das der Antragsteller vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § t angenommen hat, sind bei dem Antragsteller die Vornamen anzugeben, die vor der Rechtskraft der Entscheidung nach § 1 maßgebend waren; gleiches gilt für den Eintrag einer Totgeburt.

§6 Aufhebung auf Antrag

- (1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, ist auf seinen Antrag vor Gericht aufzuheben, wenn er sich wieder dem in seinem Geburtseintrag angegebenen Geschlecht als zugehörig empfindet.
- (2) Die §§ 2 bis 4 gelten entsprechend. In der Entscheidung ist auch anzugeben, daß der Antragsteller künftig wieder die Vornamen führt, die er zur Zeit der Entscheidung, durch welche seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Das Gericht kann auf Antrag des Antragstellers diese Vornamen ändern, wenn dies aus schwerwiegenden Gründen zum Wohl des Antragstellers erforderlich ist.

§7 Unwirksamkeit

- (1) Die Entscheidung, durch welche die Vornamen des Antragstellers geändert worden sind, wird unwirksam, wenn
 1. nach Ablauf von dreihundertzwei Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung ein Kind des Antragstellers geboren wird, mit dem Tag der Geburt des Kindes, oder
 2. bei einem nach Ablauf von dreihundertzwei Tagen nach der Rechtskraft der Entscheidung geborenen Kind die Abstammung von dem Antragsteller anerkannt oder gerichtlich festgestellt wird, mit dem Tag, an dem die Anerkennung wirksam oder die Feststellung rechtskräftig wird, oder
 3. der Antragsteller eine Ehe schließt, mit der Abgabe der Erklärung nach § 13 des Ehegesetzes .
- (2) Der Antragsteller führt künftig wieder die Vornamen, die er zur Zeit der Entscheidung, durch die seine Vornamen geändert worden sind, geführt hat. Diese Vornamen sind

1. Im Fall des Absatzes 1 Nr.1 und 2 in das Geburtenbuch, bei einer Totgeburt in das Sterbebuch,
2. im Fall des Absatzes 1 Nr.3 in das im Anschluß an die Eheschließung anzulegende Familienbuch

einzutragen.

(3) In Fällen des Absatzes 1 Nr. 1. kann das Gericht die Vornamen des Antragstellers auf dessen Antrag wieder in die Vornamen ändern, die er bis zum Unwirksamwerden der Entscheidung geführt hat, wenn festgestellt ist, daß das Kind nicht von dem Antragsteller abstammt, oder aus sonstigen schwerwiegenden Gründen anzunehmen ist, daß der Antragsteller sich weiter dem nicht seinem Geburtseintrag entsprechenden Geschlecht als zugehörig empfindet. Die §§ 2, 3, 4 Abs. 1, 2 und 4 sowie § 5 Abs. 1 gelten entsprechend.

Zweiter Abschnitt **Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit**

§8 **Voraussetzungen**

(1) Auf Antrag einer Person, die sich auf Grund ihrer sexuellen Prägung nicht mehr dem in ihrem Geburtseintrag angegebenen, sondern dem anderen Geschlecht als zugehörig empfindet und die seit mindestens drei Jahren unter dem Zwang steht, ihren Vorstellungen entsprechend zu leben, ist vom Gericht festzustellen, daß sie als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, wenn sie

1. die Voraussetzungen des § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 erfüllt (Hinweis: Das Bundesverfassungsgericht hat diesen Punkt am 16.3.1982 wegen der Altersgrenze in §1, Abs. 1 für verfassungswidrig erklärt,

2. nicht verheiratet ist,

3. dauernd fortpflanzungsunfähig ist und

4. sich einem ihre äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff unterzogen hat, durch den eine deutliche Annäherung an das Erscheinungsbild des anderen Geschlechts erreicht worden ist.

(2) In dem Antrag sind die Vornamen anzugeben, die der Antragsteller künftig führen will, dies ist nicht erforderlich, wenn seine Vornamen bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

§9 **Gerichtliches Verfahren**

(1) Kann dem Antrag nur deshalb nicht stattgegeben werden, weil der Antragsteller sich einem seine äußeren Geschlechtsmerkmale verändernden operativen Eingriff noch nicht unterzogen hat, noch nicht dauernd fortpflanzungsunfähig ist oder noch verheiratet ist, so stellt das Gericht dies vorab fest. Gegen die Entscheidung steht den Beteiligten die sofortige Beschwerde zu.

(2) Ist die Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 unanfechtbar und sind die dort genannten Hinderungsgründe inzwischen entfallen, so trifft das Gericht die Entscheidung nach § 8. Dabei ist es an seine Feststellungen in der Entscheidung nach Absatz 1 Satz 1 gebunden.

(3) Die §§ 2 bis 4 und 6 gelten entsprechend, die Gutachten sind auch darauf zu erstrecken, ob die Voraussetzungen nach § 8 Abs. 1 Nr. 3 und 4 vorliegen. In der Entscheidung auf Grund von § 8 und in der Endentscheidung nach Absatz 2 sind auch die Vornamen des Antragstellers zu ändern, es sei denn, daß diese bereits auf Grund von § 1 geändert worden sind.

§ 10

Wirkungen der Entscheidung

(1) Von der Rechtskraft der Entscheidung an, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, richten sich seine vom Geschlecht abhängigen Rechte und Pflichten nach dem neuen Geschlecht, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

(2) § 5 gilt sinngemäß.

§ 11

Eltern-Kind-Verhältnis

Die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, läßt das Rechtsverhältnis zwischen dem Antragsteller und seinen Eltern sowie zwischen dem Antragsteller und seinen Kindern unberührt, bei angenommenen Kindern jedoch nur, soweit diese vor Rechtskraft der Entscheidung als Kind angenommen worden sind. Gleiches gilt im Verhältnis zu den Abkömmlingen dieser Kinder.

§ 12

Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen

(1) Die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, läßt seine bei Rechtskraft der Entscheidung bestehenden Ansprüche auf Renten und vergleichbare wiederkehrende Leistungen unberührt. Bei der Umwandlung solcher Leistungen wegen eines neuen Versicherungsfalles oder geänderter Verhältnisse ist, soweit es hierbei auf das Geschlecht ankommt, weiter von den Bewertungen auszugehen, die den Leistungen bei Rechtskraft der Entscheidung zugrunde gelegen haben.

(2) Ansprüche auf Leistungen aus der Versicherung oder Versorgung eines früheren Ehegatten werden durch die Entscheidung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nicht begründet.

Dritter Abschnitt Änderung von Gesetzen

§ 13 Änderung des Rechtspflegergesetzes

In § 14 des Rechtspflegergesetzes vom 5. November 1969 (BGBl.I S. 2065) zuletzt geändert durch § 174 Abs. 4 des Bundesberggesetzes vom 13. August 1980 (BGBl.I 5.1310), wird nach der Nummer 20 eingefügt:

»20a. die Genehmigung nach § 3 Abs. 1 Satz 3 sowie nach § 6 Abs. 2, Satz 1, § 7 Abs. Satz 2 und § 9 Abs. 3 Satz 1, jeweils in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Satz 3, des Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit besonderen Fällen vom 10. September 1980 (BGBl.I S.654);«

§ 14 Änderung der Kostenordnung

In die Kostenordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 361-1 Veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel II § 3 Sozialgesetzbuch (SGB) - Verwaltungsverfahren - vom 18. August 1980 (BGBl. S.1469), wird nach §128 eingefügt:

»§128 a

Änderung der Vornamen und Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen

(1) In Verfahren nach dem Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen vom 10. September 1980 (BGBl.I S.1654) wird erhoben

1. das Doppelte der vollen Gebühr

- a) Für die Änderung der Vornamen nach § 1 des Gesetzes,
- b) für die Aufhebung der Entscheidung, durch welche die Vornamen geändert worden sind, nach § 6 des Gesetzes,
- c) für die Feststellung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nach § 8 oder § 9 Abs. 2 des Gesetzes; eine nach Nummer 2 entstandene Gebühr wird angerechnet,
- d) für die Aufhebung der Feststellung, daß der Antragsteller als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, nach § 9 Abs. 3 in Verbindung mit § 6 des Gesetzes:

2. Das Eineinhalbfache der vollen Gebühr

für die Feststellung nach § 9 Abs. 1 des Gesetzes.

(2) Der Geschäftswert bestimmt sich nach § 30 Abs. 2. «

§ 15 **Änderung des Personenstandsgesetzes**

Das Personenstandsgesetz in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 221 - 1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom

2. Juli 1976 (BGBl. I S. 1749), wird wie folgt geändert:

1. In § 30 Abs. 1 Satz 1 werden nach den Worten »der Personenstand« ein Komma und die Worte »die Angabe des Geschlechts« eingefügt.

2. An § 61 wird folgender Absatz 4 angefügt:

»(4) Sind bei einer Person auf Grund des Gesetzes über die Veränderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen vom 10. September 1980 (BGBl. I S. 1654) die Vornamen geändert oder ist festgestellt worden, daß diese Person als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, so darf nur Behörden und der betroffenen Person selbst Einsicht in den Geburtseintrag gestattet oder eine Personenstandsurkunde aus dem Geburtenbuch erteilt werden. Ist die betroffene Person in einem Familienbuch eingetragen, so gilt hinsichtlich des sie betreffenden Eintrags für die Einsichtnahme in das Familienbuch und für die Erteilung einer Personenstandsurkunde aus diesem Familienbuch Satz 1 entsprechend. Diese Beschränkungen entfallen mit dem Tod dieser Person; § 5 Abs. 1 und § 10 Abs. 2 in Verbindung mit § 75 Abs. 1 des Gesetzes über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen bleiben unberührt.«

3. In § 62 Abs. 1 Nr. werden nach den Worten »des Kindes« die Worte »und sein Geschlecht« eingefügt.

4. § 65 a wird wie folgt geändert:

a) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

»(2) Wird im Fall des § 61 Abs. 4 für die betroffene Person ein Familienbuch geführt, so kann auf Antrag des früheren Ehegatten, der Eltern, der Großeltern oder eines Abkömmlings ein Auszug aus dem Familienbuch erteilt werden, in den Angaben über die Änderung der Vornamen nicht aufgenommen werden.«

Vierter Abschnitt **Übergangs- und Schlußvorschriften**

§ 16 **Übergangsvorschrift**

- (1) Ist vor Inkrafttreten dieses Gesetzes auf Grund des § 47 des Personenstandsgesetzes wirksam abgeordnet, daß die Geschlechtsangabe im Geburtseintrag einer Person zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, so gelten auch für diese Person die §§ 10 bis 12 dieses Gesetzes sowie § 61 Abs. 4 und § 65 a Abs. 2 des Personenstandsgesetzes in der Fassung des § 15 Nr. 2 und 4 dieses Gesetzes .

(2) Ist die Person im Zeitpunkt der gerichtlichen Anordnung verheiratet gewesen und ist ihre Ehe nicht inzwischen für nichtig erklärt, aufgehoben oder geschieden worden, so gilt die Ehe mit Inkrafttreten dieses Gesetzes als aufgelöst. Die Folgen der Auflösung bestimmen sich nach den Vorschriften über die Scheidung.

(3) Hat eine Person vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bei dem nach § 50 des Personenstandsgesetzes zuständigen Gericht beantragt anzuordnen, daß die Geschlechtsangabe in ihrem Geburtseintrag zu ändern ist, weil diese Person nunmehr als dem anderen Geschlecht zugehörig anzusehen ist, und ist eine wirksame Anordnung bei Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht ergangen, so hat das damit befaßte Gericht die Sache an das nach § 9 Abs. 3 in Verbindung mit § 2 dieses Gesetzes zuständige Gericht abzugeben; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften dieses Gesetzes.

§ 17 Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin.

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hermaphrodit Pergamon, 2. Jh. v. Chr., Antikmuseum Istanbul	5
Abbildung 2: Bildnis der Jeanne d'Arc aus André Thevet: Les vrais portraits des hommes illustres, 1584	6
Abbildung 3: Das Modell der Entwicklung der Geschlechtsidentität/-rolle von Money (1988)	9
Abbildung 4: Zustand nach Ablatio testis bds., Isolierung des Penisschaftes aus seinem Hautmantel	50
Abbildung 5: Zustand nach abgeschlossener Reduktion des männlichen Genitals. Gefäß-Nerven-Bündel und Glans sind isoliert. Die Harnröhre ist gekürzt, die Corpora cavernosa sind reduziert. In den eingestülpten Penishautschlauch wird der Stent eingeführt. Kornzange mit Tupfer markieren das ausgedehnte Spatium rectovesicale (Neovagina)	50
Abbildung 6: Querschnitt durch das transformierte Genitale mit liegendem Stent und verbliebener Prostata	51
Abbildung 7: Schematische Darstellung der Implantation einer hydraulischen Penisprothese bei Fixierung am Os pubis, Unterbringung der Pumpe in einem Fach des Neoscrotums, des Reservoirs im Carvum retzii (nach JORDAN et al).	57
Abbildung 8: Schematische Darstellung des Anschlusses des Neopenis an Spenderarterien, Venen und Nerven (nach MAYER et al).	57

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prävalenzraten bisheriger Untersuchungen	12
Tabelle 2: Prävalenz der Transsexualität im Vergleich zu anderen Krankheiten	13
Tabelle 3: Literaturoauswertung von Nachuntersuchungsergebnissen geschlechtsangleichender Behandlung bei Transsexuellen	71